

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ANÁLISE DA ATUAÇÃO DAS ENFERMEIRAS EM UM MODELO
GERENCIAL DE UNIDADES FUNCIONAIS**

**CURITIBA
2010**

MARIA LUIZA HEXSEL SEGUI

**ANÁLISE DA ATUAÇÃO DAS ENFERMEIRAS EM UM MODELO
GERENCIAL DE UNIDADES FUNCIONAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Prática Profissional de Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Aida Maris Peres
Co-orientadora: Prof^a Dr^a Elizabeth Bernardino

CURITIBA
2010

“Se o sentido da política é liberdade, então isso significa que nós, neste espaço, e em nenhum outro de fato temos o direito de ter a expectativa de milagres. Não porque acreditemos (religiosamente) em milagres, mas porque os homens, enquanto puderem agir, são aptos a realizar o improvável e imprevisível, e realizam-no continuamente, quer saibam disso, quer não”.

Hannah Arendt

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Conrado e Bila que me deram as oportunidades de ser hoje quem sou.

Ao meu marido Tom, grande incentivador de todas as horas.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Dra. Aida Maris Peres, pelo apoio, incentivo e amizade.

A minha co-orientadora Dra. Elizabeth Bernardino, antes de tudo amiga e companheira de muitas lutas pela enfermagem do HC, pela colaboração e orientações para a melhoria e desenvolvimento deste trabalho.

A Dra. Maria Ribeiro Lacerda e professores do Programa de Pós-graduação pela oportunidade de aprendizado e evolução em minha carreira profissional.

Aos membros da banca Dra. Eliane Palhares Guimarães, Dra. Ana Lúcia Cardoso Kirchhof pela disponibilidade em contribuir para melhoria desta pesquisa com seus conhecimentos.

As colegas enfermeiras que colaboraram para a realização deste estudo.

A Juraci e Jurema que torceram para tudo dar certo o tempo todo.

As colegas do mestrado, pelo companheirismo e solidariedade nos momentos de alegria e angústia. Em especial para a Maria de Lourdes e Karine.

Aos membros do Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas de Saúde da UFPR (GPPGPS/UFPR) pela troca de experiências.

Para a Dra. Ana Maria Dyniewicz pelo incentivo e amizade.

Ao Dr. Roberto Hexsel e ao Gustavo Segui pelo incentivo e ajuda.

Agradeço a todos que colaboraram direta ou indiretamente para a concretização desta pesquisa.

A todos os meus amigos, de longe e de perto, pelas palavras de incentivo.

A você, pelo seu interesse e atenção.

SUMÁRIO

	RESUMO	9
	ABSTRACT	11
1	INTRODUÇÃO	13
1.1	OBJETIVO GERAL.....	20
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1	RECORTE HISTÓRICO DAS RELAÇÕES ENTRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE E O TRABALHO DA ENFERMAGEM NO BRASIL	21
2.2	A PRÁTICA PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM.....	31
2.3	AS ENFERMEIRAS NA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL HOSPITALAR E NOS MODELOS GERENCIAIS INOVADORES	38
3	MÉTODO	44
3.1	TIPO DE PESQUISA	44
3.2	CENÁRIO	45
3.3	SUJEITOS DA PESQUISA	46
3.4	COLETA DE DADOS.....	49
3.5	TRATAMENTO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	50
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	52
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	53
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS E CARGOS.....	53
4.1.1	Caracterização dos sujeitos.....	53
4.1.2	Caracterização dos cargos dos sujeitos da pesquisa	56
4.1.2.1	Comissões/comitês.....	56
4.1.2.2	Cargos de enfermagem	58
4.1.2.3	Cargos administrativos ocupados por enfermeiras.....	60
4.2	CATEGORIAS DE ANÁLISE	61
4.2.1	Categoria 1 Atividades desenvolvidas pela enfermeira	61
4.2.1.1	Enfermeiras de comissão/comitê.....	62
4.2.1.2	Cargos de Enfermagem.....	65
4.2.1.3	Cargos administrativos ocupados por enfermeiras.....	71
4.2.2	Categoria 2 Mudanças profissionais e pessoais após assumir cargo.....	72
4.2.3	Categoria 3 Satisfação/insatisfação que emergem no desempenho do cargo.....	77
4.2.3.1	Subcategoria: pontos positivos	77
4.2.3.2	Subcategoria: pontos negativos	83
4.2.4	Categoria 4 Contribuições para o exercício do cargo	85
4.2.5	Categoria 5 Competências para o desempenho no cargo.....	88
4.2.5.1	Subcategoria: conhecimento	89
4.2.5.2	Subcategoria: habilidade	90
4.2.5.3	Subcategoria: atitude.....	93
4.2.6	Categoria 6 Reconhecimento profissional gerado pelo cargo	94

5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
	REFERÊNCIAS	105
	APÊNDICES	118
	ANEXOS	121

LISTA DE SIGLAS

CAAE	– Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CCIH	– Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CG	– Conselho Gestor
CNE	– Conselho Nacional de Educação
COFEN	– Conselho Federal de Enfermagem
COREN	– Conselho Regional de Enfermagem
ESF	– Estratégia Saúde da Família
HC/UFPR	– Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
LDB	– Lei de Diretrizes e Bases
PACS	– Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	– Política Nacional de Atenção Básica
PSF	– Programa de Saúde da Família
RHC	– Registro Hospitalar de Câncer
SUS	– Sistema Único de Saúde
UF	– Unidades Funcionais
UFPR	– Universidade Federal do Paraná
UP	– Unidades de Produção
PAM	- Pressão Arterial Média

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Organograma HC/UFPR até 2002	16
Figura 2 – Organograma atual do HC/UFPR	17
Quadro 1 – Distribuição das enfermeiras que ocupam cargos permanentes em comissões/comitês	47
Quadro 2 – Distribuição das enfermeiras que ocupam cargos dentro da estrutura do Serviço de Enfermagem.....	47
Quadro 3 – Distribuição das enfermeiras que ocupam cargos externos ao Serviço de Enfermagem.....	48
Quadro 4 – Codificação dos sujeitos da pesquisa conforme o agrupamento dos cargos.....	52
Quadro 5 – Categoria atividades desenvolvidas pela enfermeira, agrupamento de cargos, subcategorias e seus tópicos relevantes.....	62

RESUMO

SEGUI, M.L.H. **Análise da atuação das enfermeiras em um modelo gerencial de unidades funcionais.** 2010. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

Orientadora: Prof^a Dr^a Aida Maris Peres

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Elizabeth Bernardino

Pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa, que teve por objetivo analisar os espaços de atuação das enfermeiras em uma instituição hospitalar de ensino da cidade de Curitiba, PR, após a implantação de um novo modelo gerencial. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde/UFPR, o estudo teve um universo de 215 enfermeiras, e os sujeitos da pesquisa, após a categorização dos cargos foi de quatro enfermeiras que atuam em comissão/comitê, oito enfermeiras dos cargos que fazem parte da estrutura do Serviço de Enfermagem e três dos cargos externos ao Serviço de Enfermagem, definidos como administrativos. A coleta de dados foi realizada por entrevista semi-estruturada, com as falas transcritas e categorizadas segundo a técnica de análise de conteúdo segundo Bardin. Todos os sujeitos são do sexo feminino, na faixa etária entre 25 e 59 anos, com formação acadêmica entre 05 e 30 anos, tempo de atuação no hospital entre 05 e 30 anos, a maioria tem pós-graduação, quatro são mestres, três mestrandas e duas doutorandas. Como resultados emergiram seis categorias de análise: 1 - atividades desenvolvidas pela enfermeira; 2 - mudanças profissionais e pessoais após assumir o cargo; 3 - satisfação/insatisfação no desempenho do cargo; 4 - contribuições para o exercício do cargo; 5 - competências para o desempenho no cargo; e 6 - reconhecimento profissional a partir da atuação da enfermeira no cargo atual. As atividades das enfermeiras, de acordo com o agrupamento de cargos, se dividem em assessoria, vigilância em saúde, atividades administrativas, atividades assistenciais, educação em serviço, orientação em saúde, pesquisa e atividades administrativas institucionais. As mudanças profissionais e pessoais ocorridas após assumir o cargo traduzem-se em: oportunidades de conhecer o contexto hospitalar de forma mais abrangente e ampliar o foco de trabalho; a importância de trabalhar com uma equipe multiprofissional; a possibilidade de sair da assistência direta, citada como mudança pessoal positiva; o empoderamento pelo conhecimento adquirido; a modificação no padrão do relacionamento com a equipe; a responsabilidade pelo próprio trabalho; e viver sob pressão, principalmente referido pelas enfermeiras em cargos administrativos. Na categoria satisfação/insatisfação no desempenho do cargo, os pontos positivos levantados foram autonomia técnica, satisfação com o trabalho, a possibilidade de receber retroalimentação sobre o trabalho realizado, ter uma atividade sem subordinados pelos quais responde, necessidade de conhecimento técnico e oportunidade de aprendizado. Os pontos negativos relatados foram o desgaste pessoal e a falta de apoio institucional, maior pressão, impotência administrativa e a estrutura organizacional do serviço público que limita a atuação. As contribuições da formação acadêmica para o exercício do cargo foram consideradas básicas na aquisição dos conhecimentos profissionais, sendo a

experiência adquirida na prática do exercício profissional como mais significativa para o exercício do cargo atual. Sobre a contribuição da instituição há divergências entre as enfermeiras. As competências consideradas foram a necessidade do conhecimento na área de atuação e conhecimento técnico, liderança, habilidade no relacionamento interpessoal, atitude ética, segurança e confiança para tomada de decisões. Os sujeitos referem que existe reconhecimento do conhecimento específico da enfermeira, mas o reconhecimento profissional se dá pelo desempenho individual da enfermeira e vem da atuação em cargos distantes do cuidado.

Palavras chave: enfermagem, gestão em saúde, prática profissional, gerenciamento da prática profissional.

ABSTRACT

SEGUI, M.L.H. Analyze of nursery performance within a management model of operational units. 2010. 122 p. MSc in Nursing – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Supervisor: Prof^a Dr^a Aida Maris Peres

Co-supervisor: Prof^a Dr^a Elizabeth Bernardino

This dissertation presents a descriptive, exploratory research, with a qualitative approach that analyzed the nurses professional space at a Teaching Hospital in Curitiba, after a new management model was put in effect. This study had the approval of the Ethics Committee of the Health Sciences School at UFPR. The objects of the study were 15 nurses selected from a universe of 215, chosen from three categories: four nurses who are part of committees; eight from Nursing Services; and three from administrative and managerial posts, external to Nursing Services. The data were collected with semi-structured interviews, the answers were transcribed and categorized with Bardin's content analysis technique. All subjects are female, aged 25 to 59, with between 5 and 30 years of formal education, worked at the hospital between 5 and 30 years. The majority have a post-graduate degree: four have a Masters degree, three are studying for a Masters, and two studying for a PhD degree. The results can be analyzed according six categories: (i) work performed by the nurse; (ii) personal and professional changes after taking up the position; (iii) job satisfaction/dissatisfaction; (iv) elements that contribute to a good performance at the current position; (v) skills needed to perform the job; and (vi) professional status attained at the current position. The activities performed, according to the job categorization, are internal consulting services, public health surveillance, management, nursing care, on-the-job education, health education, research, and university-related management work. The personal and professional changes comprise gaining a broader understanding of the several contexts within the Hospital and a widening of the professional foci; a better appreciation of multi-professional teams; the possibility to stop working in direct assistance --mentioned as a positive factor; empowerment attained from the newly acquired knowledge; changes in the intra-team relationship patterns; raised levels of commitment to the job; work under pressure --mostly for nurses performing managerial functions. Regarding job satisfaction, the positive aspects are technical autonomy; receiving feedback about activities performed; working without any subordinates for whose performance one is held accountable; need for higher level of technical skills and opportunities for learning. The negative aspects are over-exertion at work; lack of institutional support; work under increased pressure; managerial impotence; a public service model that limits the scope for managerial actions. The knowledge base acquired during University education is fundamental in expanding professional skills and experience. However, the practical experience, on the job, is considered the most relevant for the current position. The institutional support, financial or otherwise, provided by the Hospital is seen by some as sufficient, and by others as lacking. The set of skills comprise thorough technical knowledge related to the job, leadership, ease at interacting with people, ethical behavior, confidence at decision making. The subjects report that knowledge in nursing brings recognition, but to attain higher

professional status one needs to perform well as a nurse and work at activities removed from direct care.

Keywords: nursing, health management, professional practices, professional autonomy.

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, os hospitais evoluíram de pequenos grupos estruturados informalmente até as organizações dos dias atuais. Dentre as modificações, está a racionalização de recursos, incluindo os recursos humanos, como forma de garantir o alcance de objetivos previamente definidos.

As instituições hospitalares são consideradas organizações complexas, que envolvem questões técnicas e práticas de gerência, abrangendo vários processos e atividades paralelas à finalidade do hospital, tal como o cuidado ao paciente, que exige outros setores e serviços além daqueles próprios aos atendimentos específicos em saúde (LIMA-GONÇALVES, 2009).

As transformações sociais e econômicas, o consumidor cada vez mais exigente em relação à qualidade dos serviços médico-hospitalares e também a crescente incorporação de tecnologias de toda natureza, levam os dirigentes de hospitais a buscar estratégias gerenciais compatíveis a este cenário.

Outro fator que interferiu no gerenciamento dos hospitais foi a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) que inaugurou uma nova forma de produção de serviços de atenção e cuidados à saúde. Como parte de um processo de conquistas sociais, sua proposta rompe com o modelo hegemônico médico-assistencial, para um modelo estruturado sobre princípios e diretrizes, associados a respostas das localidades aos problemas de saúde da população. Entre as diretrizes do SUS destaca-se sua perspectiva descentralizada e democrática, com gestão integrada e sistêmica da saúde, estruturada na proposição de práticas, dinâmicas e processos capazes de impactar positivamente a qualidade de vida da população (OLIVEIRA NETO; ITANI, 2008).

A incorporação dos hospitais à rede de atenção à saúde e a adoção da gestão plena coloca os hospitais em posição estratégica, principalmente os de ensino que são referência para alta complexidade. Nas cidades onde a implantação do SUS avançou para a formação de redes de atenção, os hospitais foram impulsionados à sua plena integração, o que impôs modificações conceituais e operacionais na forma de gerenciá-los, com o ideal de se construir serviços que oferecessem melhor assistência aos seus usuários, na perspectiva de consolidação destas redes (BERNARDINO; FELLI, 2008).

A mudança de foco de atenção para o usuário implica, para os hospitais, na adoção de modelos gerenciais inovadores, capazes de atender esta intrincada demanda. Uma reorganização neste sentido está pautada na obrigatoriedade de alcance de metas (do município), o que envolve dois grandes desafios: o primeiro é de conscientizar os profissionais do hospital de que o usuário é o centro do trabalho em saúde, o que exige uma nova perspectiva conceitual, com implicações no mapa de poder dos profissionais; e o segundo é criar uma dinâmica de funcionamento do serviço capaz de atender o usuário, o gestor (municipal, estadual e nacional) e seus trabalhadores.

Para Cunha (2002) a questão da centralidade do cuidado ao paciente requer que os serviços das instituições de atenção à saúde estejam interconectados, pois cuidar é combinar atividades de profissionais diversos, deixando de lado os limites setoriais. Já os sistemas de atenção à saúde, para atender às exigências desta interdependência, devem se reorganizar, possibilitando ao enfermeiro exercer sua liderança na união das distâncias, espaços e divisões existentes nestas instituições.

Em 2004, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR) foi integrado à rede SUS/Curitiba com os objetivos de prestar assistência de média e alta complexidade, possibilitar educação permanente dos profissionais, manter estrutura tecnológica atualizada, desenvolver e implantar tecnologias de cuidados para reduzir a média de permanência, aprimorar o processo de humanização, de gestão hospitalar e da execução das políticas prioritárias do SUS. Esta inserção se deu pelo Convênio nº15545, celebrado entre a UFPR através do HC/UFPR e o Município de Curitiba (PARANÁ, 2004). Assim, a relação do hospital com o SUS é de parceria e interdependência entre todos os serviços, norteadas pelo princípio da integralidade (BERNARDINO, 2007).

Em 2002, dois anos antes desta parceria, o grupo que assumiu a direção do hospital efetuou alterações significativas no gerenciamento, com uma proposta de um novo modelo mais compatível com a proposta do SUS e se antecipando às novas tendências gerenciais. O modelo teórico adotado foi o de linha de cuidado que é entendida como o somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que o usuário recebe e que vão se complementando, conforme as suas necessidades, passando por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros (CECÍLIO; MEHRY, 2003), o qual foi

implantado institucionalmente pela criação de unidades administrativas ou assistenciais denominadas Unidades Funcionais (UF).

Para o hospital em estudo, uma UF resulta da agregação de serviços/atividades e/ou especialidades cujas afinidades articuladas estabelecem uma linha de cuidado visando o atendimento integral e de qualidade ao usuário. São estabelecidos contratos/pactos internos que possibilitem um melhor desempenho de toda a equipe, evitando-se a fragmentação do cuidado ou serviço, promovendo um gerenciamento mais eficaz da instituição (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2002).

Estas mudanças implicaram em muitas transformações no processo de trabalho dos profissionais. Dentre estes, os mais afetados pelas mudanças, foram as enfermeiras¹. Até as modificações ocorridas no gerenciamento do hospital em 2002, a enfermeira tinha principalmente funções administrativas, restritas ao processo de trabalho da categoria de enfermagem e funções assistenciais (PAGANINI et al., 2000). Também participava em comissões, como controle de infecção hospitalar e de compras. Em resumo, sua inserção no processo de trabalho em saúde era delimitada e representada claramente no organograma (FIGURA 1).

¹ *Enfermeira representa, neste trabalho, tanto o profissional feminino quanto o masculino*

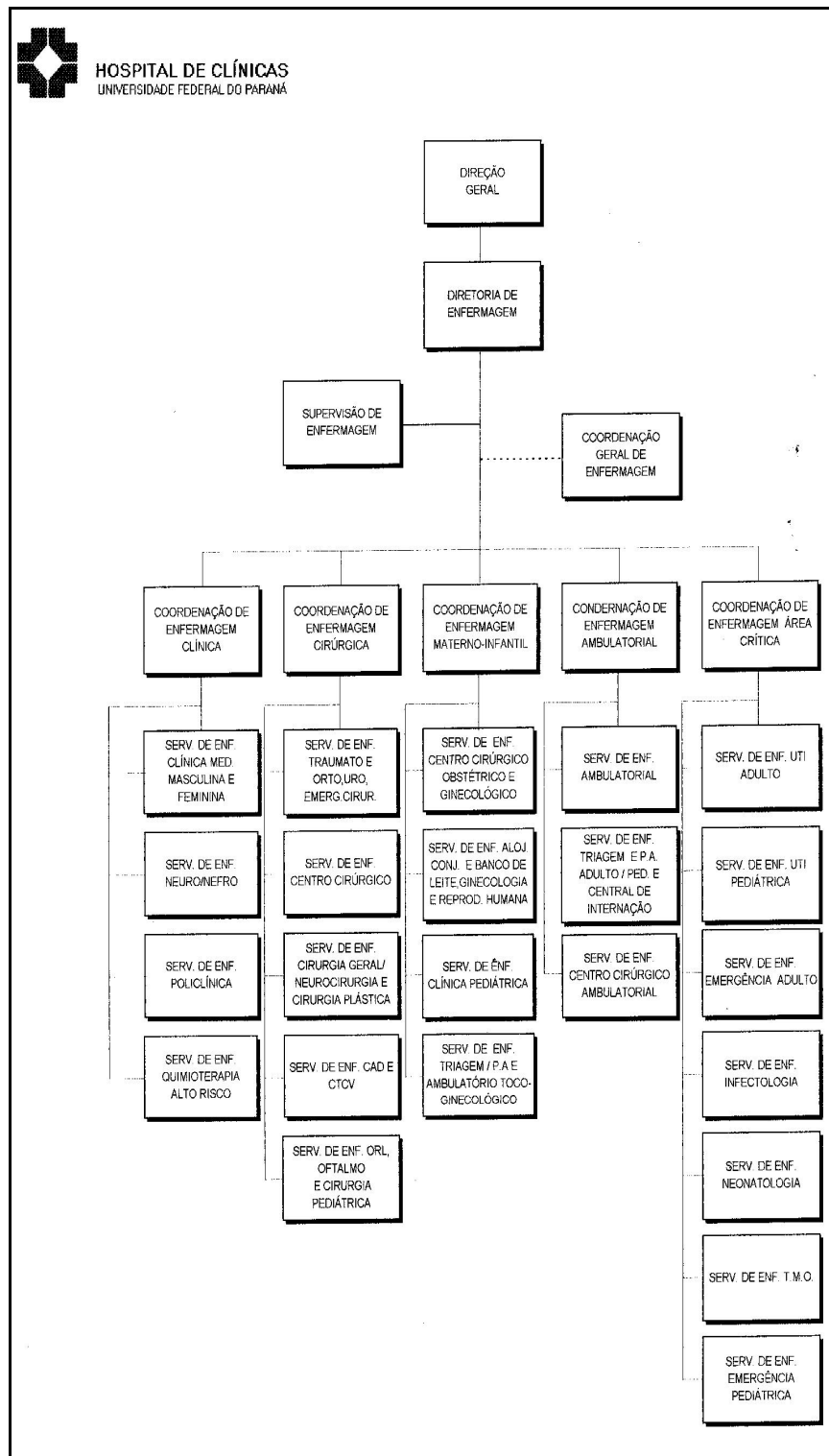


Figura 1 – Organograma utilizado pelo HC/UFPR até o ano de 2002 (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR, 2002)

Como esta nova proposta de organização por UF está embasada em princípios como descentralização das decisões, participação democrática através de colegiados, cuidado integrado e co-responsabilização, as mudanças modificaram o desenho organizacional do hospital, alterando o organograma tradicional em forma de pirâmide para um organograma circular demonstrando graficamente a descentralização pretendida (Cecillio; Merhy, 2003).

A implantação do novo modelo gerencial em 2002 alterou a lógica de coordenação do hospital antes profissional ou de serviços para uma lógica de equipes. As linhas de cuidado chamadas operacionalmente de UF podem ser gerenciadas por qualquer profissional, independente de sua profissão. Este novo desenho expandiu as possibilidades de atuação das enfermeiras, que começaram a ocupar cargos externos à estrutura do serviço de enfermagem, cargos que até antes da implantação do novo modelo, lhes eram tradicionalmente inacessíveis, como o cargo de Direção da Assistência ou de Gerente de Unidade Funcional.

O novo organograma expressa esta proposta de lógica de equipes. Representado na Figura 2, apresenta a nova organização como o Conselho de Administração, as Direções, o Conselho Gestor (CG) e as Unidades Funcionais (UF).

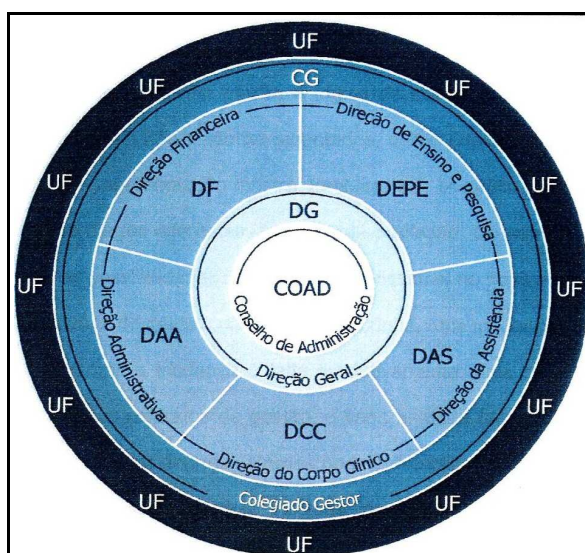


Figura 2 – Organograma atual utilizado pelo HC/UFPR (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR, 2002)

A organização representada no organograma demonstra a interação entre os diversos níveis hierárquicos, como o Colegiado Gestor do HC, que está ligado à direção geral do hospital e é composto pelas diretorias, gerentes das UF e demais membros nomeados, tendo como papéis coordenar e acompanhar o funcionamento das UF, compatibilizando-as com as metas e objetivos gerais do hospital. É também o espaço em que são realizadas pactuações entre as diversas UF visando o cumprimento da missão da instituição do ponto de vista assistencial, de ensino e pesquisa (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2002).

Cada UF conta com um Colegiado Interno, composto por representantes dos serviços/seções existentes para coordenar e definir, de forma coletiva, os objetivos, metas, indicadores e planos de ação, promovendo assim a pactuação e negociação dos recursos existentes, a definição de prioridades e dos investimentos a serem realizados (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2002).

Identifica-se que as categorias profissionais não estão representadas, como é o caso da enfermagem, o que não significa que ela não esteja presente. Após a implantação do novo modelo gerencial, as enfermeiras mantiveram o que vinham fazendo no modelo antigo, mas tiveram sua atuação ampliada. (BERNARDINO, 2007).

Vários autores (BRITO et al., 2004; CECÍLIO; MERHY, 2003) destacam que a enfermeira vem se sobressaindo na gestão organizacional do hospital, com importantes avanços, ligados principalmente à ocupação de espaços anteriormente destinados ao profissional médico. A abertura de novas frentes de trabalho para a enfermeira, no espaço da gerência e de áreas estratégicas da organização tem levado à superação de antigas posturas e proporcionado novos direcionamentos em seu processo de trabalho.

A enfermeira gerente, segundo Brito et al. (2004), tem procurado se qualificar para atender às novas demandas de trabalho e enfrentar desafios do atual contexto. Essa busca contribui com o desenvolvimento de uma visão sistêmica da organização e pode conferir-lhe maior autonomia, ampliação do seu espaço de decisão e maior *status* social e profissional.

Essa ampliação de funções, atribuída, supostamente ao novo modelo gerencial confere vantagem às enfermeiras, pois estas recebem na sua formação um corpo teórico da ciência administrativa para a construção de conhecimentos, que lhes permite compreender, analisar e explicar os fenômenos de seu cotidiano profissional, como gerenciamento, liderança, avaliação de desempenho, supervisão, qualidade de vida no trabalho, absenteísmo, dimensionamento de pessoal, custos e comunicação. Estes conteúdos proporcionam a enfermeira maior familiaridade com a complexidade das situações e visão do todo, necessárias a sua prática, já que é o profissional que permanece mais tempo no hospital.

Considerando que a nova configuração gerencial do hospital passa de uma lógica profissional para uma lógica de equipe que permitiu às enfermeiras ampliar sua atuação para além dos espaços tradicionalmente ocupados por elas, pergunta-se: quais são os espaços de atuação ocupados pelas enfermeiras neste hospital após a implantação do modelo de unidades funcionais?

1.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os espaços de atuação das enfermeiras em uma instituição hospitalar de ensino após a implantação de um novo modelo gerencial.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os cargos (postos de trabalho) ocupados por enfermeiras nesta instituição.
- Identificar as atividades desempenhadas pelas enfermeiras nos diversos postos de trabalho.
- Discutir a relação dos cargos e das atividades das enfermeiras no atual modelo gerencial.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A primeira parte desta revisão de literatura apresenta um recorte histórico das políticas de saúde no Brasil e da formação da enfermeira, buscando por meio de sua trajetória, compreender os fatores que condicionam e determinam o desenvolvimento deste profissional e sua inserção nos diferentes campos de atuação na área da saúde.

A segunda parte discorre sobre a prática profissional da enfermagem, contemplando as dimensões do cuidar, gerenciar, educar, pesquisar e participação política, que contribuem para que a enfermeira assuma seus diversos papéis. Destaca-se no texto, o papel de articuladora, presente nas diversas ações que a enfermeira desenvolve nos âmbitos dos serviços de saúde e do cuidado de enfermagem, assim como na integração entre ensino e serviço.

Para finalizar, a terceira parte comenta os modelos gerenciais inovadores e a inserção das enfermeiras na estrutura organizacional hospitalar.

2.1 RECORTE HISTÓRICO DAS RELAÇÕES ENTRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE E O TRABALHO DA ENFERMAGEM NO BRASIL

O Brasil durante sua colonização não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem mesmo o interesse, por parte de Portugal, em criá-lo. A atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e, àqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam as suas habilidades na arte de curar (POLIGNANO, 2009)

A vinda da família real ao Brasil criou a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro (PERES, 2006). O cuidado aos doentes e a administração dos hospitais, do período colonial até a Proclamação da República, esteve a cargo da Igreja católica, principalmente nas Santas Casas de Misericórdia, com um discurso de cunho religioso-caritativo (GOMES; ALMEIDA FILHO; BAPTISTA, 2005).

Nesta época, o preparo de profissionais de Enfermagem, se destinou inicialmente para a atuação nos hospícios e nos hospitais civis e militares, com a criação, pelo governo, da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro, junto ao Hospital Nacional de Alienados do Ministério dos Negócios do Interior. Esta escola foi criada pelo Decreto Federal 791, de 27 de setembro de 1890, considerada de fato a primeira escola de Enfermagem brasileira, a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, pertencente à Universidade do Rio de Janeiro (GEOVANINI, 2005).

Nesse período vários acontecimentos mundiais e nacionais contribuíram para transformar a sociedade brasileira. No campo político destaca-se a Abolição da Escravatura, em 1888 e a proclamação da república em 1889, a primeira guerra mundial e a revolução de 1930; no campo econômico, a crise do ciclo cafeeiro e a aceleração do processo industrial; no campo social, a urbanização, a imigração e os movimentos sociais e, no campo cultural, a semana da arte moderna em 1922, movimento liderado por intelectuais e artistas, em defesa da arte e da cultura nacional (RIZZOTTO, 1999).

Estes acontecimentos repercutiram nos meios social e econômico, afetando as relações de trabalho que intensificaram os movimentos sociais ante o surgimento do processo de industrialização no país (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

As precárias condições de vida da população, a aglomeração nos centros urbanos, a formação de cidades com outra característica que não a simples extensão da vida rural e o processo de migração e imigração foram fatores que concorreram para o aparecimento de doenças infecto-contagiosas. A aglomeração de pessoas com precárias condições de vida eram fatores que facilitavam a proliferação de doenças infecto-contagiosas, agravando o péssimo quadro de saúde já existente (RIZZOTTO, 1999).

O combate às epidemias tornou-se prioridade sanitária e política. A vertente de interpretação do processo saúde-doença predominante na época foi o Higienismo, caracterizado pelas campanhas que tinham como objetivo o saneamento ambiental e o controle de doenças que afetavam a atividade econômica (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

As práticas sanitárias realizadas pelos serviços públicos se concentravam na redução da desordem urbana, no combate às doenças epidêmicas, na limitação do

desregramento moral, na higiene e no controle dos hábitos da sociedade (RIZZOTTO, 1999).

Para implementar a reforma Sanitária, baseada na experiência americana, foi criada a enfermeira visitadora, com o papel de educadora sanitária, institucionalizando-se a enfermagem moderna no Brasil. O serviço de visitação apresentava pouca resolutividade e terminalidade, sendo o mesmo apresentado à enfermeira como um trabalho missionário, sem recompensas visíveis. Nesse trabalho sem começo e sem fim, a visitadora seria a mediadora entre médicos e doentes. (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

A implantação da Enfermagem moderna teve como objetivo ir além do trabalho dos médicos sanitaristas e representar a autoridade sanitária junto à sociedade. A introdução da Enfermagem na sociedade brasileira, decorrente de uma decisão “de cima para baixo” não foi bem recebida pela população, tornando o trabalho de visitação domiciliar penoso e improdutivo, sem que os problemas encontrados fossem resolvidos. As próprias enfermeiras acabavam rapidamente desistindo de atuar nessa área, por sentirem que seu trabalho não levava à mudança nos hábitos, nem nas condições de saúde da população (RIZZOTTO, 1999).

A origem social destas enfermeiras, procedentes da classe média e alta, contribuiu para que elas não se adaptassem ao trabalho de visitadora sanitária. Na tentativa de reproduzir a imagem de Florence Nightingale, para ingressar na Escola Ana Nery, era exigência a frequência ao Curso da Escola Normal ou equivalente, fato que restringia o acesso a essas classes sociais. (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

Historicamente, 1922 marca o início da enfermagem moderna brasileira, ano em que foi criada a Escola do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), atualmente, Escola de Enfermagem Ana Nery. O curso era destinado para a formação de enfermeiras, baseado no modelo nightingaleano, com o ensino sistematizado de enfermagem, com base em princípios científicos, iniciados com Florence Nightingale, na Inglaterra no séc. XIX. Elas atuariam como agentes de educação em saúde, mas a formação inicial não ocorreu no modelo proposto (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

Com a Reforma Carlos Chagas, a intenção de formar enfermeiras que assumissem o papel de educadoras em saúde, não se concretizou como uma prática sistemática, devido a uma série de fatores, que articulados, determinaram o desenvolvimento da enfermagem numa perspectiva diferente daquela originalmente pensada. O único campo fora dos hospitais, onde a enfermagem apresentou algum desenvolvimento, foi nos programas de combate à tuberculose, onde a Fundação Rockefeller tinha particular interesse em que fossem investidos recursos e ações de saúde (RIZZOTTO, 1999).

Em 12 de agosto de 1926, foi fundada a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas, hoje Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Desde a sua criação preocupou-se com a educação e em 1945 foi criada a Divisão de Ensino de Enfermagem, posteriormente designada Divisão de Educação desta associação, que tinha por objetivo organizar o ensino quanto ao currículo teórico mínimo e a duração dos estágios para a formação da enfermeira. Tal iniciativa contribuiu para a elaboração e a discussão do projeto que deu origem à Lei n.775/49 que regulamentou o ensino de Enfermagem. O currículo de 1949 continha um grande número de especialidades médicas com conteúdos de enfermagem, prevalecendo a ênfase no fazer, na repetição de técnicas, centrado na doença e não no doente (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

Registros da Escola Anna Nery confirmam que o combate às epidemias e ao saneamento das cidades competia mais às milícias do que às enfermeiras, reforçando que a formação das enfermeiras, desde sua origem esteve centrada no espaço hospitalar e no estudo sistemático de doenças (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

Um trabalho realizado sobre a saúde pública naquele período mostra que os objetivos inicialmente projetados para a enfermagem, não se concretizaram, pois em quatro anos de funcionamento da escola, foram formadas 94 enfermeiras, mas apenas 28 enfermeiras-visitadoras continuavam trabalhando. A maioria das diplomadas contratadas para tal acabou desistindo de ser 'missionária de saúde', preferindo atuar como enfermeiras particulares ou de hospitais, ou deixando mesmo a profissão (ZARPELLON, 2006).

Os programas de ensino da Escola de Enfermagem Anna Nery mostram como se pretendia formar as enfermeiras. As disciplinas, em sua maioria,

privilegiavam o conhecimento voltado para a atuação centrada no indivíduo/doença/cura e na prática curativa no campo hospitalar, com ênfase no ensino organicista e individualista, baseado no modelo biomédico e centrado no espaço hospitalar. Além disso, a evidência de que os interesses dominantes se impunham, direcionando a profissionalização da enfermagem para o campo hospitalar e não para a saúde pública, já se expressava bem antes da criação da Escola de Enfermagem Anna Nery (RIZZOTTO, 1999).

Baseada nestas considerações, a institucionalização da enfermagem brasileira, naquela época, serviu mais para o avanço da medicina hospitalar do que para a assistência de enfermagem voltada para prevenção (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

Com o desenvolvimento da medicina clínica de caráter individualista e curativo, houve a necessidade de formação de maior número de pessoal de enfermagem para compor a equipe de saúde hospitalar, além de melhor preparo técnico e científico para cuidar dos doentes e manipular os instrumentos (RIZZOTTO, 1999). Com a reorganização do hospital, no início do século XX, os médicos passam a ser as autoridades no controle das práticas hospitalares, assumindo a responsabilidade da organização, até então pertencente ao pessoal religioso (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

Assim, a enfermagem profissional tornou-se indispensável, em consequência das peculiaridades do trabalho nos hospitais e da carência de profissionais nesse campo pela diminuição das religiosas que antes assumiam este trabalho nas instituições hospitalares (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

A partir da década de 30, com a reorganização na economia e na política, torna-se necessária uma força de trabalho qualificada e com saúde. Para atender a esta necessidade, inicia a evolução dos cursos de enfermagem no país. Atendendo a lógica de produção dos serviços de saúde, o Estado, pela Lei nº 775 de 06/08/1949, propõe a ampliação do número de escolas de enfermagem, definindo um ensino voltado para a área hospitalar, centrado no modelo clínico e de acordo com a demanda do mercado de trabalho (TEIXEIRA et al., 2006).

Assim, o sistema e o ensino de saúde são pautados pelo modelo médico-assistencial privatista, voltado para a atenção individual curativista, com a missão de manter e restaurar a capacidade produtiva do trabalhador da indústria e estimular o

consumo de equipamentos médico-hospitalares, de forma a contribuir cada vez mais com a reprodução do capital (COSTA; GERMANO, 2007)

Estas mudanças impulsionaram o movimento da previdência social e a expansão dos programas de assistência à saúde, aumentando a demanda dos serviços de atenção ao doente, favorecendo a assistência hospitalar curativa em detrimento da Saúde Pública, situação que ampliou a oferta de trabalho às enfermeiras no âmbito hospitalar (MEDEIROS; TIPPLE; MUNARI, 2008).

Para atender ao aumento da procura dessa nova categoria profissional, o ensino na área de enfermagem se expandiu, impulsionado principalmente pelo processo de modernização dos hospitais, alicerçado pelo modelo de assistência médica curativa, que passou a necessitar de um maior contingente de profissionais de enfermagem e com melhor qualificação (MEDEIROS; TIPPLE; MUNARI, 2008).

Em 1940 foi criado o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o primeiro do gênero no País, com o objetivo básico de servir de campo prático para estudantes de medicina, mas que serviu também para a aprendizagem de outras categorias profissionais da saúde, principalmente enfermeiras. A complexidade deste hospital e o modelo administrativo adotado trouxeram a divisão do trabalho para dentro do hospital, com reflexos para a Enfermagem. Devido ao grande número de leitos e o pequeno número de enfermeiras, as ações administrativas e de educação ficaram com as enfermeiras, cabendo ao pessoal auxiliar as ações assistenciais e o cuidado direto do paciente (BARTMANN, 1997).

Com a criação do Ministério da Saúde em 1953, a saúde foi considerada prioridade nacional. A prestação de serviços de saúde era realizada por intermédio das emergentes ações privadas da medicina de grupo, que passaram a se consolidar como modalidade assistencial. (COSTA et al., 2006).

É nesse contexto que a Enfermagem encontrou espaço para o seu desenvolvimento. O atendimento hospitalar revestiu-se do caráter de empresa médica e a Enfermagem assumiu participação cada vez maior nos cenários hospitalares, com enfoque assistencial curativo. O enfermeiro ficou encarregado de atribuições administrativas e atividades educativas do tipo treinamento e preparo de pessoal em serviço, com os auxiliares de enfermagem prestando o cuidado direto (COSTA et al., 2006). O enfermeiro, como líder da equipe, assumiu a administração

da assistência delegando, contudo, certas responsabilidades do cuidado direto a outros membros da equipe, tomando só para si a responsabilidade pelo planejamento, coordenação e a supervisão da assistência (VIETTA et al., 1996).

Com o número de enfermeiros reduzido, as práticas assistenciais eram exercidas por auxiliares de Enfermagem que ultrapassaram, em número, o total de enfermeiras, uma vez que o mercado de trabalho passou a exigir mão-de-obra para a atenção à saúde individual no âmbito hospitalar. Por essa razão, deu-se a criação da categoria dos Técnicos de Enfermagem pela Lei nº4024/61 – a primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (COSTA et al., 2006).

A prática de saúde notoriamente hospitalocêntrica, dominante na década de 60, tanto nas instituições públicas quanto privadas, foi o fator que contribuiu para o aumento do mercado de trabalho e o aumento do número de escolas de enfermagem (BARTMANN, 1997). Neste período, pela primeira vez é estabelecido um currículo mínimo para o ensino universitário no Brasil, incluindo-se o de Enfermagem.

Com o enquadramento das Escolas de Enfermagem como ensino superior, pelo Parecer nº 271/62 do Conselho Federal de Educação, percebeu-se uma mudança considerável no currículo de Enfermagem com enfoque nas clínicas especializadas de caráter curativo, enfatizando as disciplinas e experiências da assistência hospitalar, enquanto a saúde pública foi colocada em um plano secundário. Teve início também a pós-graduação lato sensu com produção científica fundamentada em pesquisas, sobretudo na área curativa e administrativa (VIETTA et al., 1996; COSTA et al., 2006).

Em 1962, com a Portaria nº 94162 de 27/03/62, do Ministro de Estado dos Negócios do Trabalho e Previdência Social foi criado o grupo de enfermeiros como profissão liberal (VIETTA et al., 1996) e o enfermeiro conquista a posição de autonomia profissional.

O movimento da Reforma Sanitária, surgido na década de 1970, mudou profundamente o conceito de saúde e o seu entendimento como direito de cidadania e dever do Estado, ampliando-se também as discussões conceituais sobre o processo saúde-doença (PERES, 2006). As propostas de reforma preconizavam a substituição do insustentável modelo de assistência médico-hospitalar, que privilegiava ações curativas e especializadas, em consequência da excessiva

privatização da assistência médica. Neste período ocorre rebaixamento salarial em razão do grande número de profissionais de nível médio de enfermagem (COSTA et al., 2006).

Nesse contexto, a Enfermagem como categoria profissional criou, no cenário nacional, o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, e para garantir representatividade desse órgão de classe em diversas regiões, os Conselhos Regionais de Enfermagem - CORENs. Também ocorreu a implementação do ensino da pós-graduação stricto sensu – Mestrado, na Escola de Enfermagem Ana Néri-RJ e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-SP, concomitantemente. Em consequência da pós-graduação ocorreu um aumento expressivo e progressivo da produção científica (COSTA et al., 2006).

Erdmann, Mendes e Leite (2007) mencionam que nos anos 70 a enfermagem começou a atuar no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e na Capes, a título de consultoria, se inserindo nesses órgãos com o status de área do conhecimento nos anos 80.

Nesta mesma época, líderes da enfermagem, segundo Baptista e Barreira (2006) se empenharam para atender às diretrizes do Plano Decenal de Saúde para as Américas (1972), que tinha entre suas metas aumentar o número de enfermeiros, como estratégia para melhorar a qualidade da assistência à saúde da população. Para alcançar esta meta era necessária a ampliação do número de vagas nas escolas de enfermagem existentes, assim como a abertura de novas escolas de enfermagem no país.

A partir do relatório de um grupo de trabalho sobre os cursos de enfermagem, o Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura lançou um programa de expansão dos cursos de enfermagem, criando trinta e seis cursos superiores de enfermagem. O Curso de Enfermagem da UFPR foi criado nesse momento histórico, em 27 de maio de 1974.

O contexto social turbulento histórico da década de 80 foi marcado pela intensa mobilização popular em favor de seus direitos e pela redemocratização do País. A consolidação da política de caráter neoliberal trouxe atrelada a rediscussão da dimensão da intervenção do Estado no campo da saúde e a revisão do texto constitucional, promulgado no final desta década (COSTA et al., 2006).

Neste período, o setor saúde sofreu com a falência da seguridade social, pelo déficit operacional crescente e pela consolidação do modelo privatista. Como reação, o Movimento pela Reforma Sanitária, por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, propôs um sistema com as diretrizes de universalidade, integralidade das ações, descentralização, participação social e ampliação do conceito de saúde. Nesse evento a Enfermagem teve uma participação tímida e desarticulada (COSTA et al., 2006).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988, influenciado pela Reforma Sanitária e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, de nº 8080/90 e nº 8142/90, baseadas no texto constitucional. Nesse contexto, o ensino na área da saúde vê-se diante de um novo desafio: formar profissionais aptos a atuar técnica, social e politicamente na construção do SUS, com vistas à consolidação da reforma sanitária (COSTA; GERMANO, 2007).

Nessa época foi promulgada a Lei Nº. 7.498/86 – Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (BRASIL, 1987), que regulamenta o exercício profissional e delimita a atuação das categorias de Enfermagem. Os campos do Ensino e da Pesquisa tiveram respectivamente nesse período, como fatos merecedores de destaque, a reformulação do currículo mínimo direcionado à formação do enfermeiro generalista, a criação da pós-graduação stricto-sensu – Doutorado, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (COSTA et al., 2006).

Na década de 90 o neoliberalismo imperou e fez o País enfrentar os maiores problemas decorrentes do intenso processo de exclusão social. No campo da saúde nacional, ficou marcado o impedimento, do ponto de vista social, ao avanço da implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, apesar do processo irreversível de modernização da máquina estatal e todas as instâncias econômicas, tributárias, políticas e sociais (COSTA et al., 2006), devido à globalização.

A Enfermagem, neste momento, ocupou espaço na administração dos serviços de saúde, com ênfase nos recursos humanos, qualidade na oferta de bens e serviço e nos avanços tecnológicos da área. Com a consolidação da produção científica e discussão da Enfermagem como prática social, esse foi um período marcante no ensino, com as reformas dos Projetos Pedagógicos dos cursos de graduação e pós-graduação em todo o Brasil (COSTA et al., 2006).

Barbosa (2003) considera que a Enfermagem reproduziu de maneira eficiente e eficaz o que era determinado pelas políticas, programas e instituições governamentais, sem ter exercido ações transformadoras na sociedade. Os profissionais adquiriram competência técnica, mas não aprimoraram sua competência política em prol da sua organização profissional e de seu papel como agente transformador.

Neste sentido, Cunha (2002) refere a necessidade de promover a humanização como meio para a prática de Enfermagem, com uma equipe fortificada, havendo colaboração entre as disciplinas da área da saúde, aumentando as contribuições da Enfermagem para a política de atenção à saúde.

Com a política neoliberal do governo Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2002), uma nova Lei de Diretrizes e Bases em 1996 (LDB/96), propiciou a expansão do ensino superior privado, ao conferir às Instituições de Ensino Superior maior autonomia na definição dos seus currículos, amoldando-se às demandas sociais. Como resultado dessa política de abertura de cursos entraram em funcionamento no Brasil, entre 1995 e 2002, cento e setenta e um cursos superiores de enfermagem sendo cento e cinquenta privados e vinte e um públicos (BAPTISTA; BARREIRA, 2006).

Neste período ocorre uma grande mudança no mercado de trabalho das enfermeiras com a implantação da descentralização do sistema de saúde. Com a implantação do SUS no Brasil, foi preciso redirecionar as práticas de Enfermagem para o atendimento integral à saúde coletiva e individual da população brasileira. Para responder a esta demanda a Lei de Diretrizes e Bases/96, lei que norteia o ensino da Enfermagem no Brasil, insere a saúde coletiva como uma estratégia capaz de contribuir para a formação deste novo profissional para fazer frente às diretrizes do SUS (BERNARDINO; OLIVEIRA; CIAMPONE, 2006).

A mudança na concepção do processo saúde/ doença, que impulsionou a modificação dos paradigmas vigentes até então, acarretou consequências na educação dos profissionais de saúde. As mudanças nas propostas educacionais visam a desospitalização do processo ensino-aprendizagem; a aprendizagem baseada em problemas e evidências; a aprendizagem direcionada para a aquisição de competências cognitivas e tecnológicas em prevalência à apreensão de aptidões específicas; a adoção da transdisciplinaridade entre as disciplinas; a incorporação

da avaliação econômica e da bioética nos currículos e o estímulo à investigação (URBANO, 2002).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), criada pela Portaria nº 648/GM, de 2006 (BRASIL, 2006), estabeleceu diretrizes e normas para organizar o primeiro nível de atenção à saúde, a partir da adoção da “saúde da família” como o seu eixo estruturante, originando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantando depois o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) (MICHELOTTI, 2009). A atuação das enfermeiras nestes programas levou-as a redirecionar suas ações para o atendimento integral à saúde individual e coletiva da população, priorizando a promoção da saúde do sujeito, da família e da comunidade, além de continuar atendendo ao indivíduo doente (COSTA; SILVA, 2004).

Neste século que se inicia, o ensino de Enfermagem tem a responsabilidade social de preparar profissionais para atuar de forma diferenciada, de gerar conhecimentos e transformá-lo em capacidades ou competências múltiplas para o agir em Enfermagem de forma a atender novos paradigmas emergentes (CUNHA, 2002).

Esta nova visão de mundo, que compreende a complexidade das relações interpessoais, a multidimensionalidade e a espiritualidade humana, requer, das enfermeiras, que repensem e ajustem sua prática para atender as demandas de saúde da sociedade.

2.2 A PRÁTICA PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987 (BRASIL, 1987), dispõe sobre o exercício da Enfermagem, em que a enfermeira é responsável pelo planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação das ações que envolvem a assistência de enfermagem, e de processos educativos que visam à melhoria de saúde da população.

Assim como a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem regulamenta o trabalho da enfermeira, a Lei de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação de Enfermagem, instituídas pelo Conselho Nacional de Educação, através da Resolução CNE/CES nº3, de 07 de novembro de 2001, art.4º (BRASIL, 2001), explicitam as competências e habilidades gerais que a enfermeira deve adquirir durante a sua formação, como ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual como coletivo na atenção à saúde, de tomar decisões, de comunicação, de administrar e gerenciar recursos, de manter-se atualizado, através da educação permanente.

As enfermeiras exercem suas atividades em um universo complexo constituído pelo sistema de saúde, pelo sistema profissional e de uma maneira mais ampla pelo ambiente social. Atualmente todo este ambiente está em movimento. O sistema de saúde de um país está ligado a fatores que influenciam as funções da enfermagem, tais como o aparecimento de novos problemas de saúde, o envelhecimento da população e o progresso científico (DALLAIRE; DALLAIRE, 2008).

É no contexto das práticas em saúde que a enfermeira desenvolve quatro atividades essenciais: o cuidado, a gerência, a educação e a pesquisa. Tais atividades são desenvolvidas de forma integrada e concomitante, porém, ora são mais centradas em uma, ora em outra, ora em todas. Deste modo, as atividades da enfermeira são dinâmicas, quando cuida gerenciando, educando e ensinando (GONÇALVES, 2007).

Sanna (2007) enfatiza, além das quatro atividades descritas anteriormente, a necessidade de participação política da enfermeira, como forma de garantia da qualidade de seus produtos e realização profissional de seus agentes.

Para a atividade cuidar vários autores definem a enfermagem como uma profissão que cuida do ser humano (FIGUEIREDO; VIANA, 2006; MINUZZI, 2006; SANNA, 2007; DALLAIRE; DALLAIRE, 2008; GONÇALVES et al., 2004). Para que o cuidado se concretize, utiliza uma metodologia própria e compartilha um processo dinâmico de interação entre o paciente, sua família, a comunidade e outros profissionais, podendo ser caracterizado como uma troca de experiências, conhecimentos, sentimentos, a partir do respeito às crenças e valores de cada

membro envolvido, de modo a permitir melhorar a maneira de viver ou proporcionar condições para um morrer com dignidade (MINUZZI, 2006).

Como finalidade da enfermagem, o cuidar é compreendido como o atendimento às necessidades relacionadas à manutenção da saúde do ser humano. O seu objeto de trabalho é o sujeito do cuidado, que se expõe à manipulação do sujeito cuidador e consome o trabalho, durante o processo (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001). Os sujeitos do cuidado podem ser indivíduos, famílias, grupos sociais, comunidades e coletividades (SANNA, 2007).

Figueiredo e Viana (2006) entendem que para que o cuidado ocorra na sua plenitude, quem cuida deve expressar conhecimento e experiência no desempenho das atividades técnicas, na prestação de informações e educação ao paciente e sua família. A isso deve conjugar expressões de interesse, consideração, respeito e sensibilidade, demonstrados por palavras, tom de voz, postura, gestos e também no toque. Sanna (2007) lembra que a Enfermagem é uma ciência e uma prática que se faz a partir do reconhecimento de que o ser humano demanda cuidados de natureza física, psicológica, social e espiritual durante toda a vida, que são fornecidos por seus profissionais.

Os instrumentos utilizados no cuidado são os conhecimentos, habilidades e atitudes que compõem o assistir em enfermagem, mais os materiais, os equipamentos, o espaço físico e todas as condições materiais necessárias para que o cuidado seja concretizado. Assim como os métodos são a sistematização da assistência e os procedimentos e técnicas de enfermagem (SANNA, 2007).

Para Dallaire e Dallaire (2008) os cuidados podem ser classificados em gerais e técnicos. Os gerais compreendem os cuidados de estímulo e de manutenção da vida, conforto, de compensação e de 'apaziguamento', englobando tudo o que permeia a vida: respirar, comer, beber, lavar-se, vestir-se, estabelecer laços com os outros, etc. Habitualmente, a pessoa se ocupa ela mesma destes cuidados, mas em condições particulares de uma enfermidade ou de uma fragilidade a enfermeira pode intervir. Os cuidados técnicos podem ser gerais e são os cuidados ministrados às pessoas que vivem uma condição de doença e que apresentam vulnerabilidades consecutivas; e cuidados técnicos especializados que são praticados quando as condições da pessoa são instáveis, e são ministrados por enfermeiras que tenham competência para usar tecnologias de ponta.

O gerenciar para Sanna (2007) é entendido como a organização do espaço terapêutico, realizado pela enfermeira, na distribuição e controle do trabalho da equipe de enfermagem, com vistas a propiciar condições para a realização do cuidado. Para a autora, não há cuidado possível se não houver a coordenação do processo de trabalho assistir em enfermagem, finalidade do processo administrar.

Neste mesmo sentido, Aguiar et al. (2005) definem a gerência como a articulação da atividade de gerente de unidades com a gestão do cuidado, pois a enfermeira ao gerenciar recursos de qualquer natureza, sejam eles de ordem organizacional ou relacionado diretamente com o usuário, compõem um conjunto de atividades voltadas ao processo assistencial.

A enfermeira é o profissional da equipe de enfermagem com formação para utilizar os métodos, técnicas e instrumentos no processo de administrar, que são o planejamento, a tomada de decisão, a supervisão e a auditoria. Assim, cabe a ela prover condições para o cuidado se efetivar com eficiência e eficácia, produto do processo de trabalho administrar em enfermagem (SANNA, 2007).

O papel gerencial da enfermeira está ligado às ações que envolvem a assistência do paciente e tudo o que está relacionado a ela, como os materiais, os equipamentos e o dimensionamento de pessoal para este fim, mas, estas também têm caráter educativo e administrativo (MINUZZI, 2006). Neste sentido, Berndt (2003) conclui que a atividade gerencial permeia a maioria das funções exercidas pela enfermeira.

Corroborando com esta afirmativa, Peduzzi (2001) coloca que o desempenho profissional da enfermeira está inserida no âmbito gerencial, considerando as dimensões técnicas, políticas e comunicativas. O papel da enfermeira, nesse contexto, extrapola as funções técnicas no momento em que ele não só executa, mas gerencia esta execução, cabendo a ela organizar o trabalho da enfermagem em suas múltiplas atuações, desde a administração de recursos materiais, como do tempo, do ambiente e principalmente dos recursos humanos.

Além das atividades diretamente relacionadas ao cuidado junto ao cliente, cabe a enfermeira a liderança da equipe de enfermagem e o gerenciamento dos recursos físicos, materiais, humanos, financeiros, políticos e de informação, necessários para a assistência de enfermagem. Também é de sua responsabilidade

que os membros da equipe tenham competência para executarem as tarefas que lhe são destinadas (CUNHA; XIMENEZ, 2006).

O gerenciamento de enfermagem em uma unidade se constitui em fazer a previsão, provisão, manutenção, controle de recursos materiais, humanos e os demais recursos institucionais: físicos, financeiros, de comunicação, para o funcionamento do serviço, e a gerência do cuidado que consistem no diagnóstico, planejamento, execução e avaliação da assistência, passando pela delegação das atividades, supervisão e orientação da equipe.

No ambiente hospitalar, a enfermeira pela sua formação e experiência profissional, tem demonstrado capacidade de gerenciamento de outros serviços além dos de internação, pois consegue manter uma visão mais abrangente da estrutura hospitalar, refletindo no alcance dos objetivos da instituição em que desenvolve suas atividades.

A prática de educar da enfermeira focaliza a formação profissional, a educação em saúde e a educação permanente, cada uma direcionada a objetivos diferentes, mas que se correlacionam. A enfermeira é responsável pelo processo educativo contínuo e do acompanhamento sistemático junto com o sujeito da assistência de enfermagem, com a finalidade de ampliar a capacidade conjunta de compreensão e intervenção na realidade de saúde.

O ensino formal de Enfermagem se destina aos indivíduos que querem se tornar profissionais de enfermagem ou aqueles que, já sendo profissionais, querem continuar a se desenvolver profissionalmente. Estes cursos são supervisionados pelos órgãos de classe da Enfermagem e pelos órgãos competentes da Educação (SANNA, 2007).

Para Sousa et al. (2007) a educação em saúde é uma prática social e um processo que contribui para a formação e o desenvolvimento da consciência crítica das pessoas a respeito dos seus problemas de saúde, além de estimular a busca de soluções e a organização para a ação coletiva, através do processo de capacitação de indivíduos e de grupos para a transformação da realidade. Assim, o processo de educação em saúde não é e nem deve ser um evento pontual e, sim, o de criar todas as oportunidades de encontro com pessoas, famílias e comunidades.

Na educação em saúde, o indivíduo é considerado como responsável pela sua realidade, e partindo das suas necessidades de saúde, são elaboradas ações,

organizadas de acordo com sua história, cultura e modo de vida, com a finalidade de promover mudanças que levem a melhor qualidade de vida.

A função educativa da enfermeira, segundo Dallaire e Dallaire (2008) consiste em educar e ensinar sobre a saúde e a doença, fortalecendo as pessoas no conhecimento, para que possam fazer escolhas de forma livre e esclarecida, com a finalidade do desenvolvimento integral do indivíduo. Esta função pressupõe que as enfermeiras deem conselhos de saúde, mas que ajudem igualmente as pessoas a tomarem suas decisões a partir do que foi ensinado.

Ao atuar junto à equipe de enfermagem, na ação de educação permanente, a enfermeira tem a equipe de enfermagem como seu foco. Educar é um processo de trabalho dirigido para a transformação da consciência individual e coletiva dos sujeitos e deve ter como princípio o desenvolvimento do direito de cidadania (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001).

As demandas para a capacitação e atualização podem ser provenientes de necessidades individuais ou coletivas, dos problemas que ocorrem no cotidiano do trabalho e que precisam ser transformados. O próprio ambiente de trabalho é espaço para discussão, em que a equipe participa propondo ações que venham a resolver ou minimizar essas dificuldades, tornando-se co-responsável pelas transformações necessárias para a melhoria do cuidado.

Sanna (2007) descreve pesquisar como o saber já disponível em Enfermagem e as lacunas existentes nesse saber, sobre o qual o enfermeiro atua com a finalidade de descobrir novas e melhores formas de assistir, administrar, ensinar e pesquisar em enfermagem.

A pesquisa em enfermagem, para Servo e Oliveira (2005) é considerada como instrumento de crescimento, avanço e valorização da profissão na sociedade e não apenas uma forma de obter conhecimento para a prática diária do enfermeiro. Assim como o conhecimento gerado só tem sentido se for socializado e não permanecer encerrado em si mesmo, necessita ser revigorado a partir da aplicação prática, que, se não estiver alicerçada em pressupostos teóricos e validados não se fortalece como um exercício legítimo do profissional.

Para Sanna (2007), participar politicamente não significa necessariamente filiar-se a um órgão de classe, organizações que se dedicam à defesa dos direitos civis ou a um partido político. Todo julgamento moral e atitude que lhe corresponda é

uma forma de participação política, sem o qual não é possível estar no mundo em sociedade.

Para prestar uma assistência adequada, a enfermeira, como cidadã, deve estar engajada nas questões políticas, sociais e administrativas de seu país, permitindo à sua equipe o desempenho de um cuidado digno e de qualidade. Sanna (2007) refere que a participação política permeia todos os outros processos e muitas vezes está presente sem que o profissional de enfermagem dela tome conhecimento.

Para transformar a realidade, é preciso atuar sobre o objeto da participação política, que é constituído pela força de trabalho em enfermagem e sua representatividade social, que tem nas entidades de classe sua concretização (SANNA, 2007).

A enfermeira, no geral, tem demonstrado dificuldade em participar de movimentos que reivindicam melhores condições de trabalho, salário justo, carga horária adequada às funções que desempenha e na elaboração de políticas de saúde que atendam às demandas da comunidade.

A enfermagem enquanto prática social requer o posicionamento das enfermeiras como agentes políticos e não apenas como técnicos desprovidos do caráter questionador, de apreensão concreta da realidade e da compreensão própria do seu poder transformador da sociedade. Para que isto se concretize, é preciso que haja participação nos espaços de discussão, seja de forma individual, por meio da exposição verbal ou escrita de idéias, seja de ordem coletiva, ao interagir com outros indivíduos em movimentos sociais e/ou políticos (LIMA; SAMPAIO, 2007).

As funções de cuidado, gerência, educação, pesquisa e participação política, não acontecem de forma estanque, uma se relaciona com a outra e ocorrem, por vezes, simultaneamente, de acordo com o momento da atuação da enfermeira.

Então, a enfermeira, como parte da equipe de saúde, que atua nas instituições de serviço de saúde, ao compreender como está formada a estrutura organizacional da instituição, pode desempenhar de forma mais completa suas atividades, bem como conhecer as expectativas que a direção tem a respeito do seu trabalho, visto que o serviço de enfermagem é fundamental para o atendimento do usuário de serviços de saúde.

2.3 AS ENFERMEIRAS NA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL HOSPITALAR E NOS MODELOS GERENCIAIS INOVADORES

A organização hospitalar é considerada atualmente uma das mais complexas, pela amplitude da sua missão e por ser constituída de equipe multidisciplinar que possui o objetivo de prestar assistência à saúde, em caráter preventivo, curativo e na reabilitação. O hospital é também um espaço importante de prática de ensino-aprendizagem e produção científica.

Esta afirmação é corroborada por Senhoras (2007) citando que o hospital revela uma das estruturas mais complexas dentre as que participam da sociedade moderna. Recuperar e melhorar os padrões de saúde de seres humanos demanda um conjunto altamente divergente e complexo de atividades.

Mintzberg (1995), autor canadense ligado à área da Administração, divide as organizações em cinco partes, que são: o núcleo operacional, onde estão os responsáveis pela produção ou prestação direta de bens e serviços; a cúpula estratégica, com os dirigentes responsáveis por garantir a missão da organização e com total responsabilidade sobre a mesma; a linha intermediária que liga o núcleo operacional à cúpula estratégica e é composta por gerentes e supervisores; a tecnoestrutura, onde estão os profissionais que delineiam e padronizam o trabalho na organização e a assessoria de apoio, responsável por prover os serviços indiretos para a própria organização, assessorar e garantir o processo de produção por parte dos operadores.

O hospital é uma organização que possui infra-estrutura de instalações, equipamentos, instrumentais, médica, de funcionários, de recursos financeiros para os usuários que o procuram para tratamento ou consulta. E para gerir adequadamente esses recursos, cada vez mais os processos administrativos precisam ser aperfeiçoados por profissionais competentes, capazes de entender de pessoas, dinheiro, tecnologia e dos processos necessários ao seu funcionamento (LINO, GONÇALVES; FEITOSA, 2008).

A organização hospitalar caracteriza-se por ser uma burocracia profissional do ponto de vista estrutural, onde o setor operacional é formado pelos profissionais, especialistas treinados, com considerável controle sobre seu trabalho (MINTZBERG, 1995). Assim, para o desenvolvimento de suas atividades, o hospital depende de

uma extensa divisão de trabalho entre seus integrantes, com grande número de funcionários especializados, com habilidades técnicas diversificadas, e de uma estrutura organizacional complexa, que abrange vários departamentos, equipes, cargos, posições e funções (SILVA; BRANDALIZE, 2006).

Para Gurgel Junior e Vieira (2002), no hospital os profissionais de saúde têm grande autonomia e independência, decorrente do seu saber especializado e da complexidade do seu trabalho, razão pela qual não admitem interferências, estão subordinados a princípios éticos e legais que normatizam o setor saúde e as políticas governamentais. Estes são fatores que colocam esta instituição frente a uma diversidade de interesses.

Na organização hospitalar se entrelaçam os interesses dos usuários, que demandam assistência das mais variadas formas; os interesses dos trabalhadores da saúde, que buscam seu sustento e boas condições de trabalho; os interesses da rede de fabricantes e distribuidores de insumos, na relação comercial com o hospital; e, os interesses dos poderes formalmente constituídos na gerência hospitalar e no governo, que têm nos objetivos técnicos e no alcance de metas programáticas da política de saúde o seu foco (NOGUEIRA, 1999).

As instituições prestadoras de serviços de saúde no Brasil, em especial os hospitais, foram tradicionalmente organizadas à luz das teorias administrativas clássicas, e ainda mantêm, na sua organização do trabalho e no gerenciamento, influências do modelo taylorista/fordista, com diretrizes estabelecidas por organogramas clássicos, estruturas hierarquizadas verticais, fragmentação das responsabilidades, formalização das relações pautadas na lógica de autoridade legal (MATOS; PIRES, 2006).

Muitas destas instituições ainda trabalham com o modelo de atenção à saúde médico assistencial privatista, de cunho curativista e hospitalocêntrico, centrados em procedimentos profissionais, sem compromissos mais amplos das necessidades de saúde da população (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

No caso do setor público, como explica Cecílio e Mendes (2004), as motivações para este movimento podem ser explicadas tanto pela necessidade de se fazer frente às dificuldades gerenciais próprias da administração pública como aos processos complexos e burocratizados de provimento de todo o tipo de insumos para o funcionamento rotineiro do hospital.

Segundo Cecílio e Mendes (2004) esta realidade aponta para um novo modo de se fazer a coordenação do hospital, com uma nova disposição do organograma com a criação de colegiados gestores em todos os seus diversos níveis de decisão. A mudança do organograma tem o intuito de descentralizar as decisões da direção para diversos níveis dentro do hospital.

Cecilio (2000) descreve novas formas de pensar a gestão do hospital e os dispositivos necessários para a sua realização, tais como: espaços reais de trabalho das equipes como o centro de toda a lógica da gestão, através das unidades de produção (UP) e organograma horizontalizado, com o fim das direções verticais por corporações; gestão unificada das UP, com um gerente único da unidade e o colegiado de unidade.

O mesmo autor descreve o trabalho em equipe como indispensável para planejar, organizar e avaliar todo o processo de trabalho nas UP de forma a quebrar as rígidas relações de hierarquia existentes intra e inter corporações profissionais, através de um plano de ação, indicadores, legitimados pelo colegiado da unidade (CECILIO, 2000). Para avaliar a qualidade da assistência prestada pela equipe e pelas diferentes categorias profissionais sugere a utilização dos protocolos, de um projeto terapêutico individualizado e multiprofissional, dos indicadores da unidade, e através de Comissões como as de revisão de óbitos, de prontuários, de ética, e outras.

Ainda para o mesmo autor, o funcionamento das unidades funcionais deve estar em sintonia com a coordenação do hospital, através do colegiado de gerência, dos indicadores de avaliação, de contrato de gestão entre a UP e a direção geral. A organização do processo de trabalho deve estar centrada no usuário, na discussão de casos clínicos, do projeto terapêutico individual de cada paciente e na avaliação permanente da satisfação do cliente. A comunicação interna mais ágil entre os gerentes das UP e a autonomia dos mesmos deverá contribuir para a resolução mais rápida e desburocratizada dos problemas cotidianos do hospital (CECILIO, 2000).

A adoção da co-gestão em todos os espaços formais de decisão do hospital pretende propiciar aos servidores a possibilidade de participar do planejamento de suas ações, sentindo-se sujeitos da gestão do hospital. Nesta nova lógica de organização ocorre o rompimento da dicotomia na atenção ao paciente, em que

cada um faz a sua parte, permitindo uma visão integral da assistência e a participação de todos os profissionais no novo desenho organizacional (GUIMARÃES; ÉVORA, 2004).

A idéia de equipe implica, necessariamente, em outro arranjo tecnológico do processo de atenção, em novas relações éticas entre os trabalhadores, no compartilhamento de responsabilidades, da qual fazem parte todos outros profissionais de saúde. Na mesma linha, Stephan-Souza (2006) coloca que assim ocorre maior responsabilização dos profissionais, sendo necessário o desenvolvimento de processos comunicativos e de negociação interna e externa, que resultem em acordos relativos aos projetos assistenciais pertinentes a uma rede de serviços, promovendo assim a transversalidade da assistência.

Neste modelo de organização ocorre a transferência da responsabilidade, que até então era exclusiva do gerente/diretor, para ser compartilhada por todos os segmentos da organização, o que repercute na administração das instituições de saúde (SILVA; SILVA, 2009).

O Serviço de Enfermagem, segundo Kurcgant (2005) tem acompanhado e se preocupado com estas mudanças, quando discute a organização do seu trabalho, nas tentativas de conquistar espaços dentro da organização hospitalar e de delimitar sua autoridade, assim como para manter o sistema organizado sem torná-lo excessivamente formal, burocrático e inflexível.

Além das atividades do cuidado ao paciente, o Serviço de Enfermagem é responsável pelo provimento de pessoal, material e equipamentos, e também pelo processo assistencial e administrativo das unidades. É assim que a Enfermagem como sistema de produção, integrante do serviço de saúde, apresenta produtos técnicos assistenciais e atividades técnico-administrativas e administrativas, cujos produtos são os meios utilizados para prestação da assistência, os serviços burocráticos e os de apoio assistencial (SILVA; ERDMANN; CARDOSO, 2008).

Assim, de acordo com as características do processo de trabalho, a enfermeira deveria fazer parte do núcleo operacional da organização hospitalar, em função dos seus conhecimentos especializados, complexidade das atividades, habilidades e atendimento direto as pacientes. Mas com a sua estrutura hierárquica mecanicamente burocratizada, heranças da teoria clássica da administração, os

grupos que detêm a tomada de decisão não atendem à linha democrática neste núcleo (LIMA; BINSFELD, 2003).

Conforme descreve a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (BRASIL, 1986) compete à enfermeira, a função de planejamento, coordenação, execução e avaliação da assistência de Enfermagem. Percebendo-se a função do gerenciamento em Enfermagem como uma face do seu processo de trabalho, ela é a responsável pelo trabalho da equipe de Enfermagem e também pelo gerenciamento do cuidado. Este gerenciamento pode ser desenvolvido em diferentes cargos e funções ocupados nas instituições de saúde.

As enfermeiras estão amparadas por lei para exercerem a chefia de sua equipe e deliberarem sobre assuntos de sua própria competência. O Serviço de Enfermagem detém de 45 a 60% dos funcionários de todo o hospital e é responsável pela execução do cuidado aos usuários. Além da prestação do cuidado/assistência ao cliente, a enfermeira é responsável pelo provimento de pessoal de enfermagem, de material e equipamentos, bem como, pelo processo assistencial e administrativo destas unidades (SILVA; ERDMANN; CARDOSO, 2008).

A enfermagem é a única profissão da área da saúde que em todos os espaços hospitalares de sua atuação permanece 24 horas com o paciente; e, é ela, no papel da enfermeira, que exerce a função de coordenação clínica, ao fazer circular a informação ou estabelecer a ligação entre os diferentes profissionais de forma que o paciente receba o cuidado que necessita (DALLAIRE; DALLAIRE, 2008).

Para Cecílio e Merhy (2003), é a enfermagem, no seu papel 'quase silencioso', que no cotidiano garante os insumos indispensáveis ao cuidado, articula e encaminha os procedimentos necessários à realização de exames complementares, supervisiona as condições de hotelaria, conversa com a família, administra a circulação do paciente entre as diferentes áreas do hospital, e responde por um grande número de atividades que resultam no cuidado. Assim, a enfermeira é responsável pelos produtos assistenciais, que são típicos da enfermagem, pelas funções gerenciais específicas (planejamento, organização, direção e controle), educativas e as relativas a informações.

Então, é esperado que a enfermeira tenha conhecimento científico e as habilidades necessárias para prestar o cuidado, com atitudes compatíveis ao

desempenho do seu papel para o alcance dos resultados esperados na assistência de enfermagem. O trabalho da enfermagem tem características próprias que o identificam, e a seus trabalhadores, na maneira como os seus saberes estão estabelecidos, seus instrumentos e objetos de trabalho e sua forma de organização como profissional da equipe de saúde.

A formação de profissionais aptos a exercer atividades em diferentes áreas de atuação tem sido uma preocupação constante dos cursos de graduação em Enfermagem, sustentados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001). Assim, formação e mundo do trabalho estariam em consonância na compreensão e busca contínua de profissionais competentes para ocuparem diferentes espaços de atuação, tanto na assistência, na gerência, no ensino e na pesquisa.

Cada vez mais são empreendidos esforços por enfermeiros nos âmbitos da formação e do mundo do trabalho no sentido de desenvolverem competências para atuar nos modelos de gestão tradicional ou inovador, em áreas como saúde pública, hospitalar com a expansão de possibilidades de atuar em cargos, além da estrutura do Serviço de enfermagem, na assistência domiciliar, em centros especializados, em serviços de consultoria, assessoria e atividades organizacionais na gestão de serviços de saúde, dentre outros.

3 MÉTODO

Este capítulo apresenta a trajetória metodológica desenvolvida para que os objetivos propostos fossem alcançados. Para tanto, estão descritos o tipo de pesquisa, a contextualização do cenário do estudo, as questões éticas, os sujeitos pesquisados, a coleta e a análise dos dados.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Esta é uma pesquisa exploratória descritiva, de abordagem qualitativa na modalidade de estudo de caso. Segundo Gil (2008), a pesquisa qualitativa é apropriada quando o fenômeno em estudo é complexo, de natureza social e não tende à quantificação.

O estudo exploratório é empregado quando o pesquisador deseja revelar as várias maneiras de manifestação de determinado fenômeno, assim como os outros fatores com os quais ele está relacionado, com vistas a proporcionar maior familiaridade com o problema e torná-lo mais explícito. É descritivo porque o investigador descreve o significado do fenômeno estudado, suas dimensões, variações e importância (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A pesquisa qualitativa visa à representação de um fato, relativo ao mundo perceptivo, subjetivo e não mensurável concebido como próprio das ciências humanas e sociais, e estabelece uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números (MINAYO, 2008).

A abordagem qualitativa é usada quando se busca compreender um determinado fenômeno em profundidade, e caracteriza-se por ser mais participativa e menos controlável, já que os elementos participantes podem orientar os caminhos da pesquisa mediante suas interações com o pesquisador (MARTINS; BICUDO, 2005).

Alguns autores citados por Turato (2003) descrevem como características da pesquisa qualitativa a naturalidade, porque a coleta de dados ocorre no ambiente

natural da pessoa, tem dados descritivos, se preocupa com o processo, é indutiva e a questão da significação é essencial.

Esta pesquisa é apresentada na modalidade de um estudo de caso, pois segundo Yin (2005) um caso pode ser uma organização, pessoa, processos ou um projeto específico e contribui para o conhecimento dos elementos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupos, e compreensão de fenômenos sociais complexos. Caracteriza-se por ser um estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, permitindo seu amplo e detalhado conhecimento, pois investiga um fenômeno dentro do seu contexto real. O propósito do estudo de caso é o de proporcionar uma visão global do problema e identificar possíveis fatores que o influenciam ou são influenciados por ele (GIL, 2008).

Para Ellet (2008) estudos de caso são representações textuais da realidade, descrição de uma situação com todos os fatos transversais e delimitações, colocando o leitor como participante da situação. Um caso deve ter uma base factual apropriada, e a partir dela retirar conclusões razoáveis, sem, contudo, manifestar conclusão.

Este mesmo autor refere que, para se processar a análise de um estudo de caso é necessária que ocorra em primeiro lugar a separação de um todo em seus elementos componentes e após, o estudo das relações das partes com o todo. Assim, é preciso identificar e compreender os aspectos importantes de determinada situação e o que eles significam em relação à situação como um todo, construindo significados com base nas evidências que são extraídas do caso, bem como reconhecer as incertezas inerentes a todos estes significados.

Com estas considerações, esta proposta metodológica foi considerada adequada para a investigação do problema levantado como eixo norteador deste estudo.

3.2 CENÁRIO

A pesquisa foi realizada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR), localizado na cidade de Curitiba, PR. Este é o maior hospital público do estado e um dos cinco maiores hospitais universitários do país (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2009).

O hospital foi construído na década de 50 e iniciou suas atividades em junho de 1961. Seu objetivo era o ensino da Medicina, e atendia principalmente pessoas carentes, sustentado com recursos do Ministério da Educação e Cultura (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2009).

A missão do HC/UFPR é “Prestar assistência hospitalar acreditada à comunidade, garantindo campo apropriado para o ensino, a pesquisa e a extensão” (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2009). Esta missão reflete o compromisso do hospital com o desenvolvimento da ciência e tecnologia, e com a formação de profissionais na área da saúde, assim como a assistência de qualidade para a comunidade.

Hospital universitário, o HC/UFPR é utilizado como campo de aulas práticas para diferentes cursos da área de saúde da UFPR e de outras instituições de ensino conveniadas. Em 2009, 2.426 alunos realizaram estágios práticos nas dependências do hospital, tanto de nível médio como de graduação, sendo destes 239 alunos de Enfermagem (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2009).

O HC/UFPR é o maior prestador de serviços do Sistema Único de Saúde no Estado do Paraná, e é formado por um prédio central e três anexos interdependentes, além de unidades externas. Nos quatro blocos, funcionam 261 salas ambulatoriais e 643 leitos hospitalares. A média mensal é de 63.838 atendimentos ambulatoriais, 1584 internações, 890 cirurgias, 60 partos normais e 82 cesáreas. Entre 1973 a 2008 foram realizados 3.406 transplantes.

Conta com um total de 3.012 funcionários, destes 1.121 são profissionais de enfermagem sendo 222 são enfermeiros, 186 técnicos de Enfermagem e 713 auxiliares de Enfermagem (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2010).

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Como contribuição para a definição dos sujeitos da pesquisa, o Departamento de Pessoal do HC/UFPR disponibilizou uma listagem de todas as

enfermeiras e seus respectivos cargos. As enfermeiras que trabalham na instituição estão lotadas em cargos, que podem pertencer à estrutura do Serviço de Enfermagem ou fora dela, ou seja, cargos gerais que podem ser ocupados por qualquer profissional, independente de sua categoria.

Dentre o total de 222 enfermeiras que trabalham na instituição, sete estavam afastadas no período da coleta dos dados. Então, o universo pesquisado foi de 215 enfermeiras.

Para definir o número dos sujeitos da pesquisa foi necessário fazer uma primeira seleção por aproximação de cargos. Desta primeira seleção emergiram três categorias: enfermeiras que ocupam cargos permanentes em comissões; enfermeiras que ocupam cargos dentro da estrutura do Serviço de Enfermagem e enfermeiras que ocupam cargos gerais externos ao Serviço de Enfermagem, conforme mostram os quadros 1, 2 e 3.

Quadro 1 – Distribuição das enfermeiras que ocupam cargos permanentes em comissões/comitês. Curitiba, 2010

Comissões / Comitês	Número
Serviço de Epidemiologia Hospitalar	03
Comitê de Acreditação	01
Comitê Transfusional	01
Comissão de Controle de Infecção	05
Total	10

Fonte: Hospital de Clínicas de Universidade Federal do Paraná, 2010

Quadro 2 – Distribuição das enfermeiras que ocupam cargos dentro da estrutura do Serviço de Enfermagem. Curitiba, 2010

Cargos da estrutura do Serviço de Enfermagem	Número
Enfermeira Assistencial	136
Enfermeira administrativa (chefia de serviço)	36
Supervisão de Enfermagem de Unidade Funcional	06
Coordenação e Assessoria de Enfermagem	02
Supervisão Geral	06
Total	186

Fonte: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, 2010

Quadro 3 – Distribuição das enfermeiras que ocupam cargos externos ao Serviço de Enfermagem. Curitiba, 2010

Cargos externos ao Serviço de Enfermagem	Número
Enfermeira em Serviços Administrativos	15
Direção	01
Gerência de Unidade Funcional	03
Total	19

Fonte: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, 2010

Conforme mostrado anteriormente, para a definição da amostra do estudo, buscou-se a representatividade dos diversos cargos exercidos pelas enfermeiras na instituição. Após a identificação e categorização dos cargos, foi definido de forma intencional, para que houvesse uma enfermeira representante de cada cargo, o número de sujeitos de acordo com o agrupamento destes cargos, considerando-se que estes permitem reconhecer em sua diversidade, o trabalho da enfermeira no cenário de estudo. Assim, a amostra foi composta por: quatro enfermeiras de comissão/comitê; oito enfermeiras dos cargos dentro da estrutura do Serviço de Enfermagem, sendo quatro representantes dos serviços que já fazem parte de Unidades Funcionais e quatro dos serviços que ainda não constituem Unidades Funcionais; e três enfermeiras que ocupam cargos externos ao Serviço de Enfermagem.

Feita a definição do número de sujeitos que constitui a amostra, seus nomes foram escolhidos por sorteio. Para tal, os critérios de inclusão foram: trabalhar na instituição há mais de cinco anos, considerando, segundo a apreciação de que é o tempo mínimo para a integração do profissional na instituição, e tempo de exercício do cargo há mais de um ano.

Como critérios de exclusão foram considerados: ser enfermeira de contratação temporária; estar em licença médica ou afastada do serviço há mais de três meses, exercer a função de enfermeira há menos de um ano e não aceitar participar da pesquisa.

Todas as enfermeiras convidadas a responder a entrevista aceitaram participar da pesquisa. Para a apresentação dos resultados, as enfermeiras que

ocupam cargos permanentes em comissões serão denominadas de **Enfermeiras de comissões/comitês**; as enfermeiras dos cargos dentro da estrutura do Serviço de Enfermagem estarão representadas nos **Cargos de Enfermagem** e enfermeiras que ocupam cargos gerais externos ao Serviço de Enfermagem estarão nos **Cargos administrativos ocupados por enfermeiras**.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE 1), combinando questões abertas e fechadas, durante os meses de fevereiro e março de 2010. O instrumento utilizado foi submetido a teste piloto e, após este, ajustado conforme as necessidades identificadas. As questões para entrevista semi-estruturada do presente estudo foram formuladas para reconhecer as atividades que as enfermeiras desenvolvem na atuação dos diferentes cargos que exercem.

A entrevista, realizada por iniciativa do pesquisador, é uma conversa a dois, com vistas a obter informações relacionadas ao objeto do estudo, construídas no diálogo com o entrevistado e tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia (MINAYO, 2008).

As entrevistas semi-estruturadas desenvolvidas nessa pesquisa foram gravadas com a autorização dos entrevistados e abordaram sete questões para a caracterização dos sujeitos e cinco questões abertas. Nas questões abertas, segundo Minayo (2008), tem-se a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão, sem se prender à indagação formulada, o que permite coletar informações de forma mais ampla.

Para que a entrevista fosse viabilizada, houve um contato inicial com as enfermeiras e o convite a participar do estudo, bem como a explanação dos objetivos do mesmo. Após, a entrevista foi agendada de acordo com a data e horário combinados. Todas as entrevistas foram desenvolvidas pela pesquisadora, individualmente, no ambiente de trabalho dos sujeitos e tiveram a duração média de quarenta e cinco minutos.

3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo. A análise de conteúdo, como análise interpretativa, é uma das técnicas de pesquisa mais antigas e sua utilização remonta a 1787, nos Estados Unidos. Mas, suas características e diferentes abordagens, entretanto, foram desenvolvidas, especialmente, ao longo dos últimos cinquenta anos (OLIVEIRA et al., 2003).

A análise de conteúdo é considerada como um “conjunto de técnicas de análise de comunicações”, pois “não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos” (BARDIN, 1977, p.31), que contribuem para a explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão desse conteúdo, através de deduções lógicas e justificadas, tendo como referência sua origem (quem emitiu) e o contexto da mensagem ou os efeitos dessa mensagem (OLIVEIRA et al., 2003).

Na análise de conteúdo, o terreno, o funcionamento e o objetivo são descritos como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores [...] que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p.42).

A análise de conteúdo, conforme a autora, é realizada em três etapas: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados; a inferência e a interpretação.

A **pré-análise** é o momento de organizar o material, formular hipóteses ou questões norteadoras, elaborar indicadores que fundamentem a interpretação final (BARDIN, 1977). Assim, para iniciar a análise foram transcritas as entrevistas gravadas das enfermeiras, que da sua reunião constituiu o *corpus* da pesquisa. A preparação do material se faz pela "edição" das entrevistas transcritas (BARDIN, 1977). As falas foram codificadas com letras e números, o que possibilitou a identificação cada elemento da amostra de depoimentos.

O primeiro contato com os documentos foi feito através de "leituras flutuantes" (BARDIN, 1977), ou seja, as primeiras leituras de contato com os textos, permitindo a apropriação gradual dos mesmos pela pesquisadora. Os textos foram organizados, as idéias iniciais foram sistematizadas através da visualização individual de cada entrevista, destacando-se os aspectos considerados relevantes.

Após a leitura flutuante iniciou-se a **exploração do material**, ou seja, o momento em que é realizada a codificação, os dados brutos são transformados de maneira organizada e agregados em unidades, que permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo (BARDIN, 1977).

Nesta fase foram feitas exaustivas leituras dos textos, organizando os relatos de forma a possibilitar o mapeamento das falas, agrupando-as por similaridade, assinalando as que tinham o mesmo significado ou similaridade, identificando as unidades significativas das falas para que posteriormente pudessem ser compreendidas e exploradas.

As unidades de registro são recortes do *corpus* do texto advindos da questão norteadora. São os temas que se repetem com muita frequência, podendo ser palavras, conjunto de palavras formando uma locução ou temas, que vão sendo definidas passo a passo e guiam o pesquisador na busca das informações contidas no texto (OLIVEIRA et al., 2003).

Desta maneira, as unidades de registro identificadas foram marcadas com códigos adicionais, associados ao sistema de codificação já elaborado anteriormente. Após concluir este processo as mensagens ficaram divididas em elementos menores.

Na análise de conteúdo, as categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos, que são as unidades de registro, em razão de características comuns (BARDIN, 1977). A escolha das categorias de análise deu-se pelo agrupamento dos dados considerando a parte comum existente entre eles, originando as categorias temáticas. Este agrupamento permitiu a passagem dos dados brutos a dados organizados.

Depois de definidas as categorias, na fase do **tratamento dos resultados**, foram realizadas inferências e interpretação dos dados encontrados, sustentadas na literatura referente à investigação.

A partir da apresentação do delineamento metodológico do estudo, emergiram as categorias de análise, descritas no capítulo de resultados.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados da pesquisa foram coletados respeitando a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre as Diretrizes e Normas Éticas da Pesquisa que envolve Seres Humanos (BRASIL, 1996). Com base nesta Resolução, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde/UFPR e teve como Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), o nº 0060.091.000-09 (ANEXO A).

A coleta de dados ocorreu mediante assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido por parte dos sujeitos participantes (ANEXO B).

Para garantir o anonimato das enfermeiras participantes da pesquisa, elas foram identificadas pela letra E e um número arábico escolhido de acordo com a sequência em que as entrevistas foram realizadas. O Quadro 4 mostra como os sujeitos foram codificados.

Quadro 4 – Codificação dos sujeitos da pesquisa conforme o agrupamento dos cargos

Enfermeiras de Comissão/comitê	Enfermeiras do Serviço de Enfermagem	Cargos administrativos ocupados por enfermeiras
E6, E12, E13 e E14	E1, E2, E3, E4, E5, E8, E10, E11	E7, E9, E15

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo são abordadas as informações resultantes dos dados coletados, iniciando com a caracterização dos sujeitos e dos seus cargos. Na sequência, o detalhamento das categorias e subcategorias que emergiram da análise de conteúdo.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS E CARGOS

4.1.1 Caracterização dos sujeitos

Todas as enfermeiras são concursadas, de acordo com as normas do serviço público federal. A seleção para o cargo ocupado pelos sujeitos da pesquisa deu-se por convite, pelo conhecimento da enfermeira e experiência, indicação, escolha por votação via colegiado de UF e troca de lotação em função de vaga existente. Na instituição não existe um processo formal de seleção para a ocupação de cargos.

Para a caracterização dos sujeitos foram consideradas as variáveis idade, tempo de formação acadêmica, tempo de atuação na instituição e qualificação profissional.

Quanto à idade das entrevistadas, observou-se que uma enfermeira tem idade entre 20-29 anos, uma entre 30-39 anos, nove entre 40-49 anos e quatro entre 50-59 anos de idade. Todas são do gênero feminino.

A faixa etária predominante dos sujeitos maior do que 40 anos condiz com o que ocorre em instituições públicas, locais onde o trabalhador é admitido por concurso público e adquire estabilidade empregatícia.

Com relação ao tempo de formação acadêmica das enfermeiras participantes da pesquisa, uma enfermeira graduou-se há mais de 5 anos, três enfermeiras têm entre 10 e 15 anos de formadas, uma entre 15 e 20 anos, três são

formadas entre 20 e 25 anos, seis têm entre 25 e 30 anos de graduadas e uma com graduação a mais de 30 anos. Estes dados demonstram que 26,7% das enfermeiras estão formadas a mais de 20 anos e 46,7% terminaram a graduação a mais de 25 anos.

A década de graduação da enfermeira pode indicar a experiência deste profissional no mercado de trabalho, revelando suas competências e habilidades (HIGA; TREVIZAN, 2005). Também pode refletir o tipo de formação que obteve e as oportunidades aproveitadas no âmbito da educação permanente, pois o perfil exigido pelas instituições de saúde reflete o conhecimento e aptidão valorizados em um determinado período (CARVALHO; KALINKE, 2008).

Quanto ao tempo de atuação na instituição, uma enfermeira trabalha no hospital há menos de 10 anos, quatro exercem atividades entre 10 e 15 anos, duas entre 15 e 20 anos, quatro trabalham na instituição entre 20 e 25 anos e quatro foram contratadas entre 25 e 30 anos.

O hospital onde foi realizado este estudo tem caráter público, e como tal os servidores gozam de estabilidade de trabalho, garantida pela política pública vigente, o que leva a um tempo elevado de prestação de serviços na instituição, conforme observado na tabela anterior. A Lei nº 8.112, de 11/12/90, que regulamenta o Regime Jurídico Único e a Emenda Constitucional nº 19 de 04/06/98, definem que o servidor habilitado em concurso público e empossado em cargo de provimento efetivo adquirirá estabilidade no serviço público ao completar 3 (três) anos de efetivo exercício (BRASIL, 1998).

Dos sujeitos da pesquisa, 66,7% trabalham na instituição há mais de 15 anos, e foi neste período que o Serviço de Enfermagem da instituição em estudo criou na sua estrutura organizacional mais um nível intermediário, caracterizado pela inserção de enfermeiros denominados administrativos, além dos assistenciais, intensificando a verticalização da sua pirâmide hierárquica (BERNARDINO; FELLI, 2006).

A maioria das enfermeiras entrevistadas participou de curso de especialização em Enfermagem, sendo que seis enfermeiras têm 01 curso de especialização, seis cursaram 02 especializações e duas participaram de 03 cursos de especialização. Somente uma não cursou qualquer curso de pós graduação.

Deste grupo, quatro enfermeiras são mestres, três são mestrandas e duas doutorandas.

Os dados apontam para um grupo qualificado. Esta situação converge com a compreensão de que a educação permanente consiste em um compromisso de desenvolvimento pessoal, a fim de promover, além da capacitação técnica específica dos trabalhadores, a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes, decorrentes das experiências vividas, por meio da relação com os outros, com o meio, com o trabalho, buscando a transformação pessoal, profissional e social (PASCHOAL; MANTOVANI; MEIER, 2007).

Esta qualificação pode ter sido também motivada pelo fato de que, em 2005, foi concedido aos servidores federais dos hospitais de ensino um incentivo à qualificação com efeitos financeiros, que varia de 5% a 20% do padrão de vencimento, através da Lei nº 11.091 de 12 de janeiro de 2005 e o Decreto nº. 5.824 de 29 de junho de 2006, que dispõem sobre o plano de carreira dos cargos técnico-administrativos em educação e o incentivo à qualificação, respectivamente, que determinam que o desenvolvimento do servidor na carreira possa ocorrer pela mudança de nível de capacitação. Essa progressão é decorrente da obtenção, pelo servidor, de certificação em programa de capacitação ou educação formal, compatível com o cargo ocupado, o ambiente organizacional e a carga horária mínima exigida, que exceda as exigências de escolaridade do cargo (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2006).

É preciso salientar o impacto financeiro deste incentivo à qualificação, que varia de 5% a 20% do padrão de vencimento, tem sobre o salário dos servidores. Não se pode negar a motivação salarial para a qualificação, em função do aporte que acrescenta ao salário. O aumento no interesse em cursos de qualificação pôde ser sentido após a regulamentação do plano de carreiras, já que algumas enfermeiras da instituição concluíram ou participam de cursos de mestrado e doutorado. Mas, qual é o impacto desta qualificação no serviço?

Em uma pesquisa realizada por Souza (2009), para avaliar, sob a ótica dos servidores participantes, a contribuição de um curso de Capacitação em Enfermagem (quinta edição em 2010) ministrado no HC/UFPR, na sua prática profissional, os resultados se mostraram aquém do esperado, pois a participação, em vista do número de profissionais que atuam na instituição, foi considerada tímida.

Os conteúdos que contribuem para a visão global da saúde pública e os conhecimentos teóricos foram preteridos em relação aos conhecimentos práticos, ficando evidente a prioridade dada a esta dimensão do conhecimento. Os resultados são positivos no que se refere ao relacionamento interpessoal e intersetorial, essencial para qualidade e eficiência dos serviços prestados. A troca de experiência durante o curso foi percebida como umas das principais contribuições para o cotidiano dos servidores.

4.1.2 Caracterização dos cargos dos sujeitos da pesquisa

Os cargos dos sujeitos da pesquisa agrupados em comissões/comitês, cargos de enfermagem e cargos administrativos ocupados por enfermeiras são caracterizados a seguir.

4.1.2.1 Comissões/comitês

A administração hospitalar recebe o apoio de várias comissões/comitês em assuntos específicos de ordem ética, técnica ou mesmo administrativa. Com este objetivo vários comitês atuam na instituição, alguns regulamentados por legislação específica. Seus membros são formalmente designados pela direção do hospital.

Na instituição do estudo, algumas enfermeiras atuam exclusivamente nas comissões/comitês, outras são membros temporários, desempenhando esta função além das atividades habituais que desempenham.

As comissões/comitês são normativas, desta forma não têm subordinados, trabalham em parceria, cooperação e colaboração com outros profissionais, que colocam em prática as instruções das comissões/comitês. Neste estudo foram considerados apenas as comissões/comitês com enfermeiras que trabalham com

exclusividade nestes. Estes foram: Comitê de Acreditação, Serviço de Epidemiologia, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Comitê Transfusional.

O **Comitê de Acreditação** é responsável por implantar processos de qualidade dentro da instituição com o objetivo de melhorá-la como um todo. Os objetivos principais da Acreditação Hospitalar são melhorar a qualidade dos cuidados aos pacientes e acompanhantes e proporcionar um ambiente livre de riscos para todos aqueles que circulam no Instituto, dentro de padrões de excelência reconhecidos internacionalmente (BRASIL, 1995). O Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS n.º 538, de 17 de abril de 2001, reconhece a Organização Nacional de Acreditação como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do Processo de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2001).

O Comitê de Acreditação da instituição da pesquisa é responsável pelo desenvolvimento do Programa de Acreditação, estabelecendo padrões a serem atingidos pelo hospital que constam no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Conta com um presidente, que no caso é uma enfermeira, farmacêutico, médico, administrador, pedagogo, químico, engenheiro, enfermeiras e técnico de enfermagem. Com exceção do presidente, todos os outros componentes do comitê são membros temporários. (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2010).

O **Serviço de Epidemiologia** tem como atribuições o desenvolvimento de atividades relativas à vigilância epidemiológica das doenças de notificação obrigatória dos casos atendidos no Hospital; o acompanhamento dos fluxos internos e qualidade do registro de informações dos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos no hospital; implantação do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) e participação do Serviço em atividades de apoio ao ensino, pesquisa e extensão. As informações de interesse epidemiológico contribuem para o aprimoramento dos serviços e também promovem atualizações a partir da divulgação de documentos técnicos fornecidos pelo Ministério da Saúde e instituições relacionadas (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2010).

Este serviço foi instituído através da Portaria nº 2.529 de 23 de novembro de 2004, que Regulamenta a implantação do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar, integrando o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2005b).

A equipe do Serviço de Epidemiologia é multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiras, equipe administrativa, bolsistas de nível médio e alunos de medicina e de enfermagem (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2010).

A **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)**, foi criada em 1978, com a missão de prevenção e controle das infecções hospitalares. Atualmente o hospital possui o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) que atua com o apoio da Comissão (CCIH). Ao SCIH compete o planejamento, execução e avaliação de ações de prevenção e controle. Entre as principais atividades estão a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares e germes multirresistentes, orientações de prevenção e controle, educação continuada, consultorias, visitas técnicas, controle de qualidade da água e uso de antimicrobianos. Tem participação em conselhos, em outras comissões e grupos de trabalho do hospital, além de participar junto a outros órgãos de saúde (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2010).

A CCIH da instituição, de acordo com a Portaria nº 2.616/MS/GM, de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1998), conta na sua equipe com 02 médicos, 05 enfermeiras, 01 farmacêutico e pessoal administrativo, estagiários de medicina e enfermagem. (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2010).

O **Comitê Transfusional** tem como função o monitoramento da prática hemoterápica na instituição, relacionados a solicitação, distribuição, manuseio e administração, gerenciamento dos hemocomponentes e monitorização das respostas dos pacientes. Também estabelece diretrizes ou *guidelines* para a administração de cada hemocomponente. O Comitê Transfusional é regido pela Resolução RDC/ANVISA nº 153, de 14 de junho de 2004 (BRASIL, 2004).

Fazem parte do Comitê Transfusional membros do corpo clínico, do Serviço de Enfermagem, da Administração e do Serviço de Hemoterapia do hospital.

4.1.2.2 Cargos de enfermagem

Os **cargos de enfermagem** fazem parte da estrutura do Serviço de Enfermagem, são ocupados por enfermeiras que exercem suas atividades de acordo com a Lei do Exercício Profissional (BRASIL, 1987), e na instituição da pesquisa são denominados de Enfermeira Assistencial, Enfermeira Administrativa, Supervisão de Enfermagem de UF, Coordenação de Enfermagem, Assessoria de Enfermagem e Supervisão Geral de Enfermagem.

As enfermeiras que exercem atividades em cargos de enfermagem têm como subordinados enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem, que são profissionais com diferentes níveis de formação, componentes da equipe de enfermagem, que desempenham as atividades de enfermagem previstas em lei.

A Enfermeira Assistencial desempenha atividades de planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem, consulta de enfermagem, cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves, cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, supervisão de técnicos e auxiliares de enfermagem, e quando necessário colaboram com as atividades administrativas do serviço. Estão lotadas em unidades assistenciais de internação ou de ambulatório.

Enfermeira Administrativa ou chefia de serviço é a enfermeira responsável pelas atividades administrativas e responde pela equipe de enfermagem. Também executa atividades assistenciais aos pacientes. Como refere Lucena et al. (2006), a enfermeira ao realizar o gerenciamento utiliza-se de instrumentos como os modelos de administração, normas e rotinas, organização da força de trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem, controle de equipamentos e materiais e tem a finalidade imediata de organização e o controle do processo de trabalho.

O cargo de Supervisora de Enfermagem de UF foi criado para a implantação do modelo gerencial adotado em 2002, e faz parte da estrutura administrativa da UF, está subordinada ao gerente, juntamente com a supervisão médica e supervisão administrativa. Esta supervisão de Enfermagem tem por atribuição organizar, dirigir e avaliar os serviços de enfermagem que fazem parte da UF em conformidade com as diretrizes traçadas em conjunto com a gerência e colegiado gestor e supervisionar as ações da assistência de enfermagem e da equipe de enfermagem (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2002).

A Coordenadora de Enfermagem exerce atividades de caráter normativo relacionado às questões da Enfermagem, faz o controle ético profissional e da finalidade do atendimento do corpo de enfermagem do Hospital, e articula a assistência com o ensino, a pesquisa e a extensão. A Coordenação de Enfermagem também foi criada em 2002, quando foi excluído do organograma do hospital a Direção de Enfermagem (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2003).

A Assessoria de Enfermagem é ligada à Direção de Assistência e a enfermeira faz o trabalho de assessoria nas questões ligadas à Equipe de Enfermagem. Esta assessoria foi adicionada à Direção de Assistência quando uma enfermeira passou a ocupar o cargo de Diretora, em 2004.

A Supervisora Geral de Enfermagem é responsável pelo acompanhamento da equipe de enfermagem do hospital no turno noturno, e diurno nos finais de semana e feriados, no que se refere à assistência geral de enfermagem e questões administrativas do trabalho da enfermagem.

4.1.2.3 Cargos administrativos ocupados por enfermeiras

Os **cargos administrativos** são externos ao Serviço de Enfermagem, que podem ser ocupados por qualquer profissional de nível superior, e alguns destes, no período da coleta de dados da pesquisa estavam sendo ocupados por enfermeiras. Estes cargos eram de Direção da Assistência, Gerência de UF, Coordenação de Internação e outros serviços administrativos na Supervisão Geral Administrativa, na Unidade de Abastecimento e no Serviço Integrado à Saúde.

A equipe multiprofissional de saúde e a equipe administrativa fazem parte dos subordinados da Direção da Assistência, Gerência de UF, Coordenação de Internação. A Supervisão Geral Administrativa, a Unidade de Abastecimento e o Serviço Integrado à Saúde trabalham em parceria com a equipe multidisciplinar.

4.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE

As categorias encontradas e analisadas advêm das entrevistas das enfermeiras, que emergiram a partir das unidades de registro extraídas das falas dos sujeitos e estão apresentadas e discutidas, sustentadas em achados da literatura, conforme aparecem na caracterização dos cargos utilizada aqui, ou seja, cargos em comissões/comitês, cargos de enfermagem, cargos administrativos ocupados por enfermeiras.

Foram extraídas seis categorias de análise das falas das enfermeiras, que são: **atividades desenvolvidas pela enfermeira; mudanças profissionais e pessoais após assumir o cargo; satisfação/insatisfação que emergem no desempenho do cargo; contribuições para o exercício do cargo; competências para o desempenho no cargo e reconhecimento profissional a partir da atuação da enfermeira no cargo atual.**

Como a análise de algumas categorias apresenta maior complexidade, serão descritas com maior detalhamento. Outras categorias, pela semelhança do conteúdo das falas dos três agrupamentos de cargos serão discutidas em conjunto. Um quadro geral, que permite visualizar todas as categorias, subcategorias e tópicos relevantes pontuados no decorrer do processo de análise de dados está esquematizado no Apêndice 2.

4.2.1 Categoria 1 – Atividades desenvolvidas pela enfermeira

Para melhor compreensão na apresentação da primeira categoria, **atividades desenvolvidas pela enfermeira**, é utilizado o quadro 5 com os agrupamentos dos cargos, as subcategorias e os tópicos relevantes. Optou-se por apresentar nesta categoria cada um dos agrupamentos de cargos, para sustentar a discussão.

Quadro 5 – Atividades desenvolvidas pela enfermeira, agrupamento de cargos, subcategorias e seus tópicos relevantes.

Agrupamento de Cargos	Subcategoria	Tópicos relevantes
Enfermeiras de comissão/comitê	<ul style="list-style-type: none"> Assessoria Vigilância em saúde Educação em serviço 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico da situação Avaliação e planejamento das ações Execução: educação em serviço, divulgação dos resultados
Cargos de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> Atividades administrativas Atividades assistenciais Educação em serviço Orientação em saúde Pesquisa 	<ul style="list-style-type: none"> Planejamento Previsão e controle de recursos humanos Previsão e controle de recursos materiais e de infraestrutura necessários à assistência Resolução de conflitos Cuidados gerais de Enfermagem Cuidados de Enfermagem exclusivos da enfermeira
Cargos administrativos ocupados por enfermeiras	<ul style="list-style-type: none"> Atividades administrativas institucionais 	<ul style="list-style-type: none"> Planejamento e gerenciamento

Fonte: O autor (2010)

4.2.1.1 Enfermeiras de comissão/comitê

As atividades das comissões/comitês, nesta pesquisa, são caracterizadas como de **assessoria, vigilância em saúde e educação em serviço**. Dentre elas fazem parte o diagnóstico de situação, planejamento das ações a serem desenvolvidas, que são repassadas às enfermeiras e equipe multiprofissional dos serviços do hospital, através de educação em serviço para que estas ações sejam colocadas em prática. A efetivação ou não destas ações, ou seja, os resultados são divulgados em reuniões informativas e boletins técnicos.

A **assessoria** é realizada por um ou mais profissionais especializados em uma determinada área de conhecimento, com ações específicas, por meio de busca de tecnologia, aplicação de conceitos, métodos e análises técnicas. Estes profissionais trabalham na elaboração de metodologias e padrões de trabalho, criação de protocolos, abrangendo várias áreas do hospital decorrente de

necessidades da administração, da assistência ao paciente e de programas em curso, buscam soluções de problemas e/ou necessidades pontuais internas ou intra-áreas (HOSPITAL DE CLÍNICAS, 2003).

No depoimento das entrevistadas fica evidenciada a necessidade da elaboração de um planejamento para o trabalho a ser desenvolvido, a execução das ações planejadas para alcançar o objetivo pretendido e a divulgação dos resultados para a avaliação dos mesmos.

Como era um setor novo, o principal trabalho foi estruturar e desenvolver uma tecnologia para implantar o processo. [...] foi um trabalho intelectual de criar um método, um trabalho de coordenar a equipe, e um trabalho de, tinha que fazer relatório também, estabelecer uma forma de devolução para as equipes que foram auditadas. (E6)

O planejamento é um procedimento formal para produzir um resultado articulado, na forma de um sistema integrado de decisões (MINTZBERG, 2000). Ele é elaborado pelo levantamento das necessidades, estabelecimento de metas e objetivos, estudo da viabilidade dos recursos, elaboração de estratégias, implantação e avaliação periódica dos resultados, que tem por finalidade verificar a eficácia do processo, isto é, se realmente atendeu as necessidades da organização, das pessoas e dos clientes, objetivando a retroalimentação, redirecionando ou mantendo suas ações (SILVA; SEIFFERT, 2009).

A **vigilância em saúde** se dá pelo diagnóstico de uma determinada situação de saúde, que gera ações de acompanhamento terapêutico aos agravos que já estão instalados, determinação dos aspectos que requerem atenção, a definição de quem, como e quando se deve vigiar e, ao mesmo tempo, a definição das estratégias a serem tomadas para minimizar ou evitar a ocorrência (FRACOLLI et al., 2008).

Eu faço uma parte de avaliação, [...] coletando dados sobre as situações dos pacientes, muito mais voltada aos fatores de risco [...] , então eu faço análise juntamente com os relatórios diários que eu tenho acesso. (E12)

A operacionalização da **vigilância em saúde** ocorre por meio de ações específicas e intercomplementares, que são desenvolvidas de modo contínuo, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas no momento oportuno e com eficácia, e são descritas como coleta de dados; processamento dos dados coletados; análise e interpretação dos dados processados; recomendação das medidas de controle apropriadas; promoção das ações de controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulgação de informações pertinentes (BRASIL, 2005b).

As atividades são muito dinâmicas porque o que acontece nas unidades você já tem que fazer uma ação. Eu analiso e vou discutir com a chefia, vou apresentar isso para a chefia, quem tem que resolver com a equipe é o enfermeiro. E o que o comitê faz, ele reforça que tem rotinas que precisam ser cumpridas. (E14)

Esta parte sou eu que faço, a elaboração de um relatório, um boletim informativo com os casos [...]. (E13)

A **educação em serviço** é considerada como um tipo de educação cujo desenvolvimento processa-se no ambiente de trabalho, e pode ser entendida, de acordo com Paschoal, Mantovani e Meier (2007), como orientação ou introdução ao trabalho; treinamento; atualização; e aperfeiçoamento, aprimoramento ou desenvolvimento. No caso das enfermeiras de comissão/comitê, a educação em serviço é realizada tanto para a equipe de enfermagem como para a equipe multiprofissional, como relatado na fala a seguir:

Nós temos que ter planejamento das atividades educativas, então tem que estar no planejamento porque quando vier a vigilância sanitária, ela quer o relatório. [...] nós somos muito convidados para dar aulas, palestras, para profissionais tanto do nível médio como do superior. (E14)

Um programa de educação voltado aos profissionais de saúde requer um planejamento dinâmico, participativo, interdisciplinar com objetivos definidos, que procure atender diretamente as necessidades da organização e dos profissionais. O processo educativo desenvolvido pelos comitês/comissões traz à tona o conceito de interdisciplinaridade. Este aponta para a interação, não apenas entre campos de saberes, mas entre os profissionais das diversas áreas de conhecimento, construindo novas competências e habilidades por uma postura pautada em uma

visão holística do conhecimento, evitando uma prática fragmentada por especialidades (SILVA; SEIFFERT, 2009)

Nas comissões/comitês, a atuação das enfermeiras acontece no âmbito do planejamento das ações pertinentes a cada área, na educação em serviço no sentido de tornar público e uniformizar as normas estabelecidas para os diferentes serviços do hospital e no controle do seguimento das mesmas. Também assessoram a Direção Geral na tomada de decisões que correspondem as suas áreas de conhecimento.

4.2.1.2 Cargos de Enfermagem

Nas atividades dos cargos de enfermagem, cinco subcategorias puderam ser elencadas, conforme as falas, em atividades administrativas, atividades assistenciais, educação em serviço, orientação em saúde e pesquisa.

Os tópicos relevantes encontrados nas falas das enfermeiras na subcategoria **atividades administrativas** compreendem o planejamento da infraestrutura necessária ao desenvolvimento do trabalho de enfermagem e da equipe multidisciplinar, o diagnóstico das necessidades para a execução da assistência de enfermagem, a previsão e controle de recursos humanos na elaboração e controle das escalas de trabalho e de atividades, fechamento de folha-ponto e horas extras; a previsão e controle de recursos materiais e de equipamentos, e manutenção preventiva ou corretiva destes; a resolução de conflitos entre a equipe, paciente e familiar.

No hospital do estudo, a enfermeira administrativa, por ser chefia de serviço e assumir o papel gerencial, está ciente de que irá desenvolver todas as atividades que competem ao cargo, tais como: administrar processos e pessoas, avaliar a assistência, analisar os processos, as normativas e dar encaminhamentos a soluções que sejam efetivas e que estejam dentro da sua governabilidade.

Os depoimentos das enfermeiras mostram que as atividades administrativas são realizadas com a finalidade de assegurar a qualidade da assistência de enfermagem e o bom funcionamento do serviço.

É mais a parte administrativa. Plantões hospitalares, escalas, reuniões, marcação de férias, passar nas unidades , lotação, em casos de transferência, de transposição de cargos. (E3)

[...] desde a organização da escala de trabalho, de atividades, organização da assistência, relativos a fechamento de folha ponto, horas extras. (E1)

De acordo com os resultados obtidos em pesquisa realizada por Hausmann e Peduzzi (2009), as enfermeiras identificam como atividades administrativas a elaboração de escala, remanejamento de funcionários, verificação de pendências. Estas atividades fazem parte do cotidiano gerencial do enfermeiro e é entendida como um instrumento de organização e divisão do trabalho.

O trabalho administrativo da enfermeira exige que ela atenda as diversas dimensões que a função exige, exercendo papéis e funções interligados, de modo que esse possa fazer a interlocução com outros departamentos e com sua própria unidade de trabalho, garantindo o funcionamento dos serviços de saúde.

Se falta algum material eu vou atrás, manutenção de equipamento, sempre dou uma controlada. (E2)

Uma das atividades administrativas citadas pelas enfermeiras diz respeito ao gerenciamento dos recursos materiais e equipamentos dos serviços de saúde, uma vez que é ela que assume o gerenciamento das unidades e a coordenação das atividades assistenciais que são realizadas pelo conjunto da equipe de saúde. Assim ela toma sob sua responsabilidade a organização desses recursos com a finalidade de facilitar a assistência de enfermagem (CASTILHO; GONÇALVES, 2005).

Problemas de relacionamento na equipe, alguns problemas de relacionamento com pacientes e familiares e equipe. (E3)

Conflitos entre funcionários diariamente. Não só de funcionário, conflitos de residentes com funcionários, funcionário com pacientes. (E10)

Gerenciar conflitos também compõe o cotidiano do trabalho gerencial da enfermeira, pelo papel de mediadora em espaços de tensão entre funcionários,

membros da equipe, pacientes e familiares. Cabe a ela identificar o tipo de conflito, seus estágios e usar estratégias para administrar a situação conforme se apresenta, para que o conflito se converta em oportunidade de crescimento e desenvolvimento da equipe (BOCCATO, 2009).

Na subcategoria **atividades assistenciais**, salientam-se o planejamento dos cuidados diários de enfermagem, o cuidado direto ao paciente e a execução de cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica.

Faço os cuidados integrais dos pacientes daquele dia. (E4)

Você assume alguma parte do cuidado [...] (E1)

Além da consulta de enfermagem que é diária, em que a gente faz a avaliação [...], toda semana que ele vem, tem que fazer uma nova avaliação, a gente propõe o tratamento, executa [...]. (E11)

A enfermeira tem como objeto de intervenção as necessidades de cuidado de enfermagem, que se dá através da articulação entre a ação de planejamento da assistência e a ação de cuidado direto no trabalho do enfermeiro, acompanhado da interação e do vínculo com o paciente.

O procedimento técnico atrelado ao planejamento de ações, garante ao paciente o cuidado de que ele necessita, pois, ao planejar, o enfermeiro determina os objetivos a serem alcançados para promover assistência de enfermagem de forma a adequar-se às necessidades dos pacientes (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Observa-se pelas falas que as enfermeiras priorizam a execução de procedimentos técnicos de maior complexidade e cuidados diretos aos pacientes mais graves. Ela é o profissional qualificado e capacitado legalmente para desenvolver uma assistência integral aos pacientes.

O Conselho Federal de Enfermagem (BRASIL, 1992) normatiza, em âmbito nacional, a obrigatoriedade da existência de enfermeiros em todas as unidades de serviços nos quais são desenvolvidas ações de Enfermagem que envolvam procedimentos de alta complexidade, comuns na assistência a pacientes críticos/potencialmente críticos. Também são atividades privativas do Enfermeiro, os cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de morte e cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 1987).

A **educação em serviço** é realizada para a equipe de enfermagem e estagiários, uma vez que a instituição é um hospital escola. Também é desenvolvida quando necessário, para a equipe multiprofissional.

Alguma educação em serviço sobre uma PAM , um ventilador novo, uma bomba infusora nova. Mas é uma coisa de momento, não planejado no semestre. (E10)

A educação em serviço, de acordo com as falas das enfermeiras, tem um caráter esporádico, não é incorporada no cotidiano como uma função da enfermeira, mesmo considerando que a educação faça parte do seu processo de trabalho.

Ações educativas, para Domingues e Chaves (2005), acontecem em todas as ações de enfermagem. Sendo assim, estas ações, ao serem fundamentadas na conscientização da educação como meio de crescimento dos profissionais da enfermagem, bem como o reconhecimento deles pela função educativa no desenvolvimento do processo de trabalho, apontam o conhecimento como um valor necessário do agir cotidiano e este embasa as suas ações.

A educação em serviço também se caracteriza como um processo educativo a ser trabalhado nas relações humanas do trabalho, no intento de desenvolver capacidades cognitivas, psico-motoras e relacionais dos profissionais, assim como seu aperfeiçoamento diante da evolução científica e tecnológica. Dessa maneira, a educação em serviço eleva a competência e valorização profissional e institucional. Ela pode ser desenvolvida em quatro áreas de atuação, que são a orientação ou introdução ao trabalho; treinamento; atualização; e aperfeiçoamento, aprimoramento ou desenvolvimento (PASCHOAL; MANTOVANI; MEIER, 2007).

Acompanhamento de acadêmicos do 9º período da Enfermagem. Este ano começou orientação de rotinas e cuidados específicos para os acadêmicos de fisioterapia. E dos residentes, é o acompanhamento do dia a dia, desde a conferência de uma prescrição até um cuidado mais específico relacionado ao paciente. (E1)

Duas ou três vezes por ano nós damos aulas. E com os alunos, nós sempre temos acadêmicos de duas universidades, uma privada e da Federal, a gente faz supervisão direta destes alunos, durante um ano inteiro praticamente. (E11)

A enfermeira atuante na prática cumpre um papel fundamental no processo de aprendizagem do aluno que desenvolve o estágio curricular em sua unidade de trabalho, influenciando no desenvolvimento de habilidades, técnicas e atitudes do

estagiário. Ela será uma referência importante de trabalho, participando como facilitadora e integradora do aluno ao serviço, a equipe multiprofissional de saúde, familiares e usuários (ITO; TAKAHASHI, 2005).

As autoras Silva, Silva e Ravalia (2009) referem que o estágio deve preparar os futuros profissionais para a vida em equipe, tendo como requisitos, responsabilidade, empatia, preocupação com os usuários e colegas, possibilitando a reflexão sobre o cuidado, não só na perspectiva do usuário, mas também de todos os envolvidos no processo da saúde/doença.

Assim, as enfermeiras auxiliam o estagiário a complementar a formação profissional teórico-prática nas condições concretas do campo de trabalho, onde ele tem a possibilidade de vivenciar situações reais.

A **orientação em saúde** é realizada para o paciente e familiar, principalmente no momento da alta hospitalar.

Oriento os pais, dou informações, orientação para as pacientes.
(E2)

Uma das áreas de responsabilidade da enfermeira, como componente da equipe de saúde, é a educação em saúde, onde o ensino é utilizado como instrumento fundamental para uma assistência de boa qualidade, na medida em que realiza orientações tanto para o paciente quanto para sua família no desenvolvimento de comportamentos de saúde efetivos e na modificação dos padrões de estilo de vida que predisõem pessoas aos riscos de saúde. É também uma estratégia de ensino que a enfermeira faz com seus clientes com o objetivo da aprendizagem do autocuidado, possibilitando que se tornem multiplicadores dos conhecimentos da área de saúde (REVELES; TAKAHASHI, 2007).

A função educativa da enfermeira consiste em educar e ensinar sobre a saúde e a doença. Ela é a combinação de aprendizagem planejada, destinadas a facilitar a adoção voluntária de comportamentos que conduzem à saúde. A enfermeira ensina sobre a saúde e auxilia as pessoas a tomarem suas decisões a partir do que foi ensinado (DALLAIRE; DALLAIRE, 2008).

As enfermeiras que referiram a elaboração de **pesquisas** estão principalmente no grupo das comissões/comitês, como observa-se nas falas:

Fazemos trabalhos para congresso. (E13)

Desenvolver uma tecnologia de processo, e o principal trabalho foi estruturar e desenvolver uma tecnologia para implantar dentro do hospital. (E6)

A **pesquisa** em Enfermagem é considerada um instrumento de crescimento, avanço e valorização da profissão e da ciência na sociedade. Como resultados da produção do saber, está a disseminação, aplicação, validação e incorporação dos resultados na prática de enfermagem, possibilitando às enfermeiras que se utilizem das pesquisas como forma de obtenção de conhecimento para a sua prática diária.

É por meio da pesquisa que ocorre o confronto entre as idéias de diferentes autores, a validação do conhecimento e a divulgação dos resultados. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca com a aproximação sucessiva da realidade que não se esgota, numa combinação própria do pesquisador entre teorias e dados (JORGE et al., 2007).

Aguiar (2002) refere que a pesquisa é uma função a ser desenvolvida pela enfermeira juntamente com as funções assistencial, administrativa, de ensino e de educação, interligada no fazer cotidiano, que possibilita e dá visibilidade à sua participação no processo de construção do saber, pois é através dela que a realidade é vista de forma crítica e possibilita a construção de processos e produtos específicos ligados à enfermagem.

Dentro do grupo de enfermeiras que exercem cargos de enfermagem, uma delas referiu a pesquisa como parte das atividades cotidianas:

Organização de pesquisa dentro da unidade e grupo de estudo.
(E1)

Em função do tempo de formação dos sujeitos, pode-se inferir que a realização de pesquisa não faça parte do dia-a-dia das enfermeiras, considerada como uma atividade de difícil realização.

Observa-se pelas falas das enfermeiras que elas estão ligadas mais ao desempenho das funções tradicionais da enfermagem, ou seja, ao conjunto de atividades relacionadas ao cuidado, ao gerenciamento do cuidado e da unidade, mas trabalham pouco a educação e a pesquisa. Nas falas das enfermeiras não foi citado o trabalho em equipe, pressuposto do modelo das UF.

4.2.1.3 Cargos administrativos ocupados por enfermeiras

As enfermeiras que estão em cargos administrativos trabalham em **atividades administrativas** no nível institucional, no planejamento e gerenciamento das metas a serem atingidas, do controle dos leitos, do faturamento, previsão de recursos humanos, previsão e controle de recursos materiais, aquisição de equipamentos, a resolução de problemas/conflitos multiprofissionais e institucionais. O trabalho realizado de coordenação compartilhada e de cooperação entre diferentes profissionais é uma característica encontrada no modelo administrativo adotado na instituição desde 2002.

Planejamento, trabalho muito em cima de planejamento, é planejamento das atividades mesmo, que incluem os programas de acreditação, humanização, as metas, gerenciamento de recursos humanos, gerenciamento de recursos materiais. (E9)

As organizações hospitalares são complexas, e envolvem uma série de processos e atividades paralelas à atividade-fim do hospital, que é o cuidado ao paciente. Para que o cuidado ocorra com efetividade é imprescindível que suas ações decorram de um planejamento organizado e permanente, baseado nas políticas e diretrizes às quais a organização está vinculada, levando em conta as condições e os meios de que dispõe. No planejamento deve constar a definição de metas claras e específicas que traduzam o conjunto de aspirações institucionais em ações práticas, que permitirão alcançar os objetivos desejados (SENHORAS, 2007).

É toda parte administrativa relacionada aos internamentos, aos leitos e transferências, controle dos transplantes [...] (E7)

[...] gerenciamento de recursos humanos, de recursos materiais[...]. (E9)

É necessário que o administrador tenha domínio do seu processo de trabalho e desenvolva a habilidade de utilizar instrumentos que facilitem e apoiem a gerência. Nas ações que compõem a função de coordenação, emprega os recursos tradicionais da administração, ou seja, materiais, humanos, físicos, financeiros e de comunicação, e as atividades administrativas propriamente ditas, que envolvem a organização, coordenação e direção destas ações (GUIMARÃES; EVORA, 2004).

Então este gerenciamento com as UF é feito através do gerente, [...] despacho semanal com cada gerente, a gente toma as decisões macro e aí no micro tudo é levado para o colegiado, [...]. Com a implantação das UF facilitou muito o trabalho no operacional, porque o gerente faz esta ponte [...]. (E15).

Esta fala está em consonância com o modelo gerencial adotado pelo hospital desde 2002, com a implantação das UF, caracterizado pela descentralização e democratização das decisões, resolução mais rápida e desburocratizada dos problemas cotidianos do hospital através da comunicação interna mais ágil entre os gerentes das UF (CECILIO; MERHY, 2003; CECILIO, 2000).

O grande desafio no modelo gerencial de UF é que o gerenciamento seja feito de forma aberta e flexível, incorporando a dimensão comunicativa, a distribuição mais homogênea do poder e autonomia para decidir. A operacionalização deste processo de democratização da vida organizacional ocorre nos colegiados de gestão, tanto ao nível das UF, como o colegiado de gestão geral do hospital, ao agrupar todos os coordenadores de todas as unidades (CECÍLIO, 2000).

Isto também permite inferir que as decisões mais importantes ou macro acontecem no âmbito da direção superior colegiada, com capacidade para enxergar o hospital como um todo, deixando as menores (do micro) para os colegiados das UF.

4.2.2 Categoria 2 – Mudanças profissionais e pessoais após assumir cargo

Nesta categoria os pontos relevantes são discutidos em conjunto, devido à semelhança encontrada nos dados dos três agrupamentos de cargos.

Nos três agrupamentos de cargos, as enfermeiras referem que **conhecer o contexto hospitalar de forma mais abrangente e ampliar o foco de trabalho** foi uma mudança que ocorreu após assumir o cargo atual.

Depois que eu entrei no comitê, comecei a entender melhor o funcionamento administrativo, as políticas internas e externas. Você consegue ter um amadurecimento maior porque tem uma visão do todo. (E14)

O que mudou mais foi conhecer o hospital como um todo, parar de ver como só uma coisa pequena. Você tem que pensar no bem geral do hospital, tem que ver que nem sempre consegue melhorar uma unidade sem prejudicar a outra, um relacionamento maior com as pessoas e com as outras categorias.(E3)

Antes eu tinha muito foco só na assistência, no cuidado ao paciente. E agora a função é muito mais administrativa mesmo, são outras situações. O que muda é que o mundo ficou bem maior, a dimensão, das pessoas, do planejamento em si é maior. [...] agora você trabalha com a política da instituição como um todo: com categorias, de poderes e saberes, isso que eu acho que é a grande diferença. (E9)

O conhecimento dos fatores macro e micro estruturais da organização levam o profissional a ter uma visão da empresa como um todo, assim como a visão sistêmica da organização permite a compreensão da importância da integração entre os setores, entre os diferentes profissionais que atuam na instituição e as várias disciplinas que estão envolvidas no atendimento do usuário (YAMAUCHI, 2009). Ter uma visão sistêmica constitui-se na habilidade de visualizar a organização como um conjunto integrado, implicando na capacidade do profissional se posicionar no ponto de vista da organização e perceber como as várias funções são interdependentes (CORRADI; ZGODA; PAUL, 2008).

A organização hospitalar conta com setores que desenvolvem tarefas específicas e para que cumpra sua missão, depende de planejamento baseado nas políticas e diretrizes às quais a organização está vinculada (SENHORAS, 2007). Para que isto ocorra é necessário que a enfermeira busque o conhecimento que o torne um profissional capaz de resolver desafios do cotidiano.

As enfermeiras em cargos de comissão/comitês referiram a importância de **trabalhar com uma equipe multiprofissional** e de estabelecer parcerias com outros profissionais.

Acho que o trabalho em equipe também me ajudou bastante. (E12)

O enfermeiro tem que fazer parcerias [...] (E14)

Backes et al. (2008) citam que a enfermeira tem se mostrado o profissional que mais valoriza o saber interdisciplinar, e é na sua atuação na equipe multiprofissional de saúde que ela faz a ligação entre a direção, a equipe e os pacientes.

O trabalho em equipe pode ser entendido como uma estratégia para melhorar a efetividade do trabalho, onde ocorrem relações de dependência e/ou de complementaridade de conhecimentos para o alcance dos objetivos, quando o grupo assume a disposição de compartilhar a finalidade do trabalho, decisões, responsabilidades e resultados (PIANCASTELLI; FARIA; SILVEIRA, 2000).

A possibilidade de **sair da assistência direta ao paciente** foi referida por uma das enfermeiras de comissão/comitê como uma mudança pessoal positiva.

Foi bom, porque sai da assistência, deu um alívio. (E13)

O grau de satisfação e motivação de uma pessoa é uma questão que pode afetar a harmonia e a estabilidade psicológica dentro do local de trabalho.

Alguns dos elementos que levam à satisfação no trabalho se relacionam ao próprio trabalho e ao seu conteúdo, às condições ambientais do trabalho e ao relacionamento com os colegas e subordinados (MARTINEZ; PARAGUAI; LATORRE, 2004).

Todas comentaram a necessidade de estudar e de se atualizar, o que pode levar ao **empoderamento pelo conhecimento adquirido**.

Hoje eu me sinto um profissional empoderado, e o empoderamento vem do conhecimento. (E14)

A necessidade de capacitação referida pelas enfermeiras vem de encontro dos resultados encontrados na pesquisa realizada por Martins et al. (2006) em um hospital de ensino, em que a capacitação aproximou os profissionais do domínio de conhecimentos específicos advindos da formação, treinamento e experiência, para o exercício de determinada função, levando à melhoria das competências exigidas no exercício de suas funções. Assim como no entendimento de Morin (2001), o trabalho deve oferecer oportunidades de aprendizagem contínua em uma base regular, o que estimula também a necessidade de crescimento pessoal.

A busca do conhecimento científico pela enfermeira, como consequência de um comportamento considerado relevante para o aperfeiçoamento profissional, o

desenvolvimento da profissão e para a conquista do espaço profissional, constituem um dos alicerces da autonomia profissional. A atuação profissional do enfermeiro pautada no conhecimento científico contribui para a respeitabilidade mútua entre os profissionais de saúde e a confiabilidade da equipe na enfermeira (GOMES; OLIVEIRA, 2005). Por este empoderamento, a enfermeira passa a reconhecer seu valor e a exercer seu papel social tornando-se agente transformador no contexto onde atua.

A alteração no padrão do **relacionamento com a equipe** foi apontado pelas enfermeiras como uma mudança ao assumir um novo cargo.

Mudou muito em relação a relacionamentos com a equipe. A equipe me via de uma maneira, hoje a equipe me vê de uma maneira totalmente diferente, em termos de cobrança de rotinas, em termos de tentar ajustar a unidade [...] (E1)

A enfermeira ao gerenciar a unidade de internação e o processo de trabalho da assistência de enfermagem, depara-se com questionamentos sobre a sua capacidade de liderança por parte da equipe de enfermagem, predominantemente formada por pessoal de nível médio, que necessita de sua orientação para o cuidado de enfermagem (SANTOS; OLIVEIRA; CASTRO, 2006).

Para enfrentar estas dificuldades Corradi, Zgoda e Paul (2008) sugerem que a enfermeira envolva a equipe na definição dos objetivos ou metas que se deseja atingir, levando todos a assumirem de forma compartilhada a responsabilidade pelos resultados das ações praticadas. As pessoas se comprometem na medida em que participam na elaboração dos projetos, bem como do controle dos resultados.

A **responsabilidade pelo próprio trabalho** é apontada como mudança profissional importante para as enfermeiras.

Hoje é tudo por minha conta, se eu errei, eu vou ser responsável por isto, então em tudo que faço, eu sou responsável tanto para o bom quanto para o ruim. (E11)

Cuidar do paciente é muito melhor. Quando você assume um cargo de chefia, você se expõe demais, pela tua constante necessidade de estar resolvendo conflitos, resolvendo problema de funcionário, situação de você mexer numa escala, traz alguém de manhã para a tarde, troca férias, faz reunião para discutir problemas. Quando você é enfermeira assistencial, vai lá e cuida do paciente, você assiste o paciente, você faz aquilo da melhor forma que você foi formada. Você consegue fazer o cuidado do paciente. (E10)

A liberdade para agir de acordo com os seus conhecimentos, pela competência reflexiva, responsabilidade e autoridade nas tomadas de decisão fazem parte da autonomia da enfermeira, considerada essencial para a prestação de cuidados com qualidade e também para a satisfação profissional (KRAMER, 2003).

Ribeiro (2009) reconhece a responsabilidade como primeira consequência da autonomia profissional. Sentimentos de empoderamento ligam a autonomia profissional com autonomia no trabalho que levam à satisfação no trabalho, comprometimento com a profissão e à profissionalização da enfermagem. A responsabilidade está associada ao poder que a enfermeira tem para determinar o que é preciso ser feito em relação aos cuidados ao usuário, agindo de acordo com a avaliação feita por ela.

As enfermeiras que exercem cargos administrativos referem **viver sob pressão** em função da responsabilidade inerente ao cargo, do excesso de demandas de trabalho, da pressão para apresentar resultados, das cobranças excessivas dos gestores, dentre outros.

Mudou muito, porque parece que você está sempre trabalhando sob pressão, eu não posso deixar para amanhã [...]. (E7)

O estresse tem sido considerado como um dos problemas que atinge o ser humano, interferindo na homeostase de seu organismo devido à grande quantidade de tensões que enfrenta diariamente, e significa pressão, insistência. Estar estressado expressa estar sob pressão ou estar sob ação de um determinado estímulo insistente. O indivíduo com alto nível de estresse contínuo pode apresentar um quadro de esgotamento físico e emocional que se caracteriza por pessimismo, imagens negativas de si mesmo e atitudes desfavoráveis em relação ao trabalho.

Este quadro é conhecido como Síndrome de Burnout, que acomete aqueles profissionais cujas profissões têm relação direta com as pessoas, e que estão expostos a um estresse crônico. Esta síndrome tem como traços característicos o desgaste emocional, a despersonalização e a reduzida satisfação pessoal ou sentimento de incompetência do indivíduo (PAFARO; DE MARTINO, 2004).

De forma geral, as enfermeiras consideram as mudanças profissionais e pessoais após assumirem os cargos atuais de forma positiva, com possibilidades de crescimento profissional, mas que acarretaram maiores responsabilidades e maior

pressão em função das atividades que exercem nas suas funções atuais. Os cargos assumidos por enfermeiras não foram apontados como ganhos para a categoria.

4.2.3 Categoria 3 – Satisfação/Insatisfação que emergem no desempenho do cargo

Duas subcategorias surgiram das falas dos sujeitos e são descritas como **pontos positivos** e **pontos negativos** no desempenho do cargo.

4.2.3.1 Subcategoria: pontos positivos

Na subcategoria pontos positivos, a autonomia e a satisfação com o trabalho é comum para os três agrupamentos dos cargos. Desta forma, serão discutidas em conjunto.

Todos os sujeitos da pesquisa referem ter **autonomia** e liberdade para atuar, conforme as falas:

Eu diria que nós até temos autonomia, pela experiência, pelas condições que o serviço oferece, então tem algumas coisas pertinentes da enfermagem que a gente toma decisões. (E4)

A autonomia de um profissional consiste na liberdade de tomar decisões baseadas nos conhecimentos e competências necessárias ao exercício de determinada profissão (COSTA; MADEIRA; MATIAS, 2004).

Para Ribeiro (2009) a autonomia é a capacidade do enfermeiro cumprir as suas funções profissionais numa forma auto-determinada enquanto cumpre os aspectos legais, éticos e práticos da profissão. Mas, também pode ser limitada por regulações legais reais ou percebida, valores sociais, pelo ambiente organizacional e pela política social e econômica de determinado momento.

Eu acho que as questões que estão sobre minha responsabilidade, eu tenho autonomia para fazer e decidir como fazer. (E8)

A autonomia também pode ser definida como a liberdade de exercer a sua prática, a capacidade de auto-determinação ou o controle sobre o seu trabalho. É também considerada a liberdade que o profissional tem para agir de acordo com os seus conhecimentos, sua competência reflexiva, a responsabilidade e autoridade nas tomadas de decisão (KRAMER, 2003).

Mas, mesmo as enfermeiras que declaram ter autonomia, apontam que algumas decisões administrativas são limitadas em função das regras de instituição pública.

Muitas coisas eu tinha autonomia. Daquilo que a própria instituição permite que a gente tenha autonomia. Por que aquilo que não depende de mim, não vai depender nem da minha supervisora nem da minha gerente porque não se permite no hospital. (E10)

Em pesquisa bibliográfica realizada por Ribeiro (2009), vários autores consideram que os enfermeiros possuem uma prática de enfermagem auto regulada sem controle externo, que contribuiu para o progresso da profissão ao longo do tempo. Apesar disso uma autonomia total é difícil de atingir porque os enfermeiros têm que aderir a políticas e aos procedimentos organizacionais.

No caso da instituição do estudo, que tem um modelo de gestão compartilhada, a autonomia é relativa em função das decisões que são tomadas de forma coletiva no colegiado. Assim, quando as enfermeiras referem ter autonomia, pode-se deduzir que esta seja relacionada à autonomia técnica, que advém dos conhecimentos e saberes próprios da profissão.

Bastante, bastante autonomia para atuar. Alguma ou outra coisa que a gente discute em conjunto, mas é tudo discutido, discutido em reunião e é tudo consensual. (E15)

Esta fala de enfermeira que atua em cargos administrativos mostra que existe uma contradição e confusão entre a autonomia e o compartilhamento das decisões no coletivo.

A gestão colegiada, em todos os níveis da organização e em todas as organizações de saúde, tem sido adotada como o eixo de processos de gestão considerados como inovadores ou alternativos ao "modelo gerencial hegemônico" (CECÍLIO, 2010). O colegiado de gestão mais geral do hospital, integrante de modelo gerencial aberto e flexível, que incorpore a dimensão comunicativa, a

distribuição mais homogênea do poder, além de autonomia para decidir, ao reunir todos os coordenadores de todas as unidades, atua como instrumento central para o processo de democratização da vida organizacional.

É um espaço instituído para que ocorra a descentralização do poder, na medida em que amplia a co-responsabilidade dos participantes pelos resultados e pelo uso dos recursos, a contratação dos objetivos institucionais, elaboração dos planos operativos, acompanhamento e avaliação de processos e resultados, mediante o uso de indicadores (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Percebe-se que existem, entre as enfermeiras, diferentes entendimentos sobre o que é autonomia. As enfermeiras de comissão/comitê e em cargos de enfermagem tem autonomia técnica, com suporte na Lei do Exercício Profissional. Para as enfermeiras em cargos administrativos a autonomia é relativa, pois depende do consenso coletivo. Questiona-se se a autonomia não estaria sendo confundida com autoridade, mas esta não é questão deste estudo.

Outro ponto positivo referido por todas as enfermeiras é a **satisfação com o trabalho**. A satisfação é um fator que pode favorecer a produtividade, bem como agregar valores ao indivíduo para que o mantenham motivado. Para Martins et al. (2006), gostar daquilo que se faz é primordial, especialmente quando o objeto de trabalho é o cuidado ao ser humano. Isto significa ter escolhido a profissão pela qual tinha interesse, algum tipo de afinidade ou gosto, assim como ter-se identificado durante o processo de formação.

[...] eu sempre falo que eu nunca fui tão feliz com a minha vida profissional como eu sou agora. Eu estou no céu, eu nunca fui tão satisfeita com a minha profissão, me sinto realizadíssima com o que eu faço, eu venho feliz trabalhar. (E11)

De acordo com Spector (2003) a satisfação no trabalho é considerada uma variável de atitude que demonstra os sentimentos da pessoa com relação ao trabalho de forma geral e em seus diferentes aspectos. A satisfação é um fator que contribui para grandes realizações das organizações e de seus funcionários, no desempenho no trabalho e também na saúde do trabalhador.

A satisfação no trabalho também está relacionada com a autonomia, considerada a capacidade de um trabalho deixar uma boa margem de liberdade, de independência e de discricção à pessoa para ela determinar as maneiras de realizá-

lo, traz consigo o sentimento de responsabilidade pela realização das tarefas e pela obtenção dos objetivos fixados (MORIN, 2001).

Eu me sinto bem porque eu gosto de trabalhar com desafios, onde eu estiver vou estar sempre querendo mais, sempre gosto de trabalhar com desafios, com coisa diferente, trabalhar com bastante coisa, com tarefas, eu gosto disso, eu me sinto bem. (E15)

Esta satisfação com o trabalho pode estar relacionada com a autonomia que as enfermeiras disseram ter. Kramer (2003) menciona que o maior componente da satisfação no trabalho da enfermagem é a autonomia profissional, também considerada como um dos fatores essenciais para os enfermeiros permanecerem no seu local de trabalho e como fator positivo para que ele se comprometa com a sua instituição de trabalho.

Vários autores citados por Sant'anna, Moraes e Kilimnik (2005) defendem a idéia de que algumas características, quando estão presentes nas tarefas que o trabalhador desempenha, promovem a emergência de determinados estados psicológicos capazes de determinar a motivação e a satisfação no trabalho. Complementando, Morin (2001) destaca três estados psicológicos que impactam na motivação e na satisfação de uma pessoa no seu trabalho: o sentido que encontra na função exercida, o sentimento de responsabilidade que ela vivencia em relação aos resultados obtidos, e o reconhecimento de seu desempenho no trabalho.

Além da autonomia e satisfação com o trabalho, as enfermeiras do agrupamento comissão/comitê citam como pontos positivos a **possibilidade de receber retroalimentação** sobre o trabalho realizado e o fato de ter uma **atividade sem subordinados pelos quais ela responde**.

As enfermeiras referem que a atuação oferece oportunidade de inovar no trabalho a ser realizado, refletindo na superação dos desafios que o cargo impõe. A fala a seguir mostra que a enfermeira sente-se satisfeita com o trabalho que realiza, e com a retroalimentação recebida:

Eu gosto de poder criar, de poder ter momentos em que eu possa propor coisas diferentes e este é um papel que, por ser um trabalho novo, me trouxe satisfação. [...] E outra coisa também é que, como a gente faz avaliação do trabalho, e as avaliações tem sido positivas, então dá um retorno bom. (E6)

A comunicação é uma dimensão do processo organizacional que estrutura predominantemente as organizações e as informações são um recurso valioso para a avaliação do alcance dos objetivos e metas propostos (SPINATO, 2010). E é por meio da retroalimentação que os administradores podem saber se suas instruções foram entendidas e aceitas, permitindo-lhe fazer os ajustes necessários para que alcance os objetivos desejados.

Moscovici (2003) relaciona algumas características para que este retorno seja útil. Ele deve ser específico, ao invés de genérico, descrever a situação, sem emitir julgamento, levar em consideração as necessidades de quem vai recebê-lo, realizado de forma clara e no tempo certo. A retroalimentação pode ser positiva ou negativa, dependendo de como é realizada, permitindo que sejam corrigidas as ineficiências e conservados os acertos.

O fato de trabalhar em uma **atividade em que não existem subordinados diretos** é apontado como fator positivo:

Gosto de fazer isto, é tão bom a gente trabalhar num setor em que você chega, faz o teu trabalho, não depende de ficar mandando em ninguém. Eu adorei fazer esta parte, depois de tantos anos tendo de ficar na chefia, eu achei muito bom trabalhar assim. (E13)

A competência do *saber fazer* não se restringe somente ao preparo do profissional para uma determinada tarefa, com o apoio de técnicas ou procedimentos. Implica a necessidade de articular e combinar o preparo técnico às aptidões pessoais e relacionais, que envolvem, entre outros aspectos, o trabalho em equipe, a iniciativa e a tomada de decisão frente às diferentes situações da prática profissional (LEONELLO; OLIVEIRA, 2007).

Como o trabalho da enfermagem está estruturado como trabalho em equipe, em função da divisão técnica e social que caracteriza a profissão, cabe ao enfermeiro orientar e supervisionar as atividades desempenhadas pelo técnico e pelo auxiliar de enfermagem (BRASIL, 1989). Neste sentido, as relações de trabalho são entendidas como relações de poder, de forças e enfrentamentos e no gerenciamento das tarefas desempenhadas pelos demais membros da equipe de enfermagem (LUNARDI FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001).

Para alguns dos sujeitos deste estudo, desenvolver suas atividades sem uma equipe a ser liderada é um fator de satisfação no trabalho. Silva e Melo (2006)

fundamentam que as relações interpessoais na equipe de saúde são apontadas como fator contributivo para estresse oriundo do ambiente onde se desenvolvem as atividades laborais, o ritmo e a exigências do serviço.

Dentre os pontos positivos, as enfermeiras que atuam em cargos administrativos apontam a **necessidade de conhecimento técnico e oportunidade de aprendizado** como geradores de crescimento profissional.

É muito mais fácil para quem é da saúde, eu vejo que nas unidades assistenciais, você tem que ter o conhecimento técnico, o conhecimento do cuidar, para poder realmente discutir. [...] eu aprendi muita coisa, agora você trabalha com a política da instituição como um todo. (E9)

[...] eu aprendi muito do serviço público, agora eu conheço praticamente todo o hospital e como funciona, como é o SUS, porque eu não tinha esta visão de como o hospital estava inserido dentro do SUS, eu não tinha conhecimento de como funcionava a aquisição de coisas dentro do hospital, como é o recurso público, como ele funciona, aprendi também sobre as outras profissões [...]. E15

É possível apreender destas falas que as enfermeiras que ocupam cargos administrativos fora da estrutura do Serviço de Enfermagem reconhecem a necessidade de conhecer a estrutura organizacional e o funcionamento do sistema de saúde para o exercício de suas atividades administrativas. Ainda, utilizam do conhecimento técnico da profissão e do gerenciamento aprendido na Enfermagem, mas relatam que estes precisam ser estendidos, pois agora são desempenhados num âmbito maior na instituição. Também salientam a oportunidade de conhecer o funcionamento das demais categorias profissionais que atuam no hospital e as suas inter-relações no cuidado ao paciente.

A enfermeira tem desempenhado no ambiente da saúde outras funções e adquirido outras responsabilidades além das atividades assistenciais, e na estrutura hospitalar assume diversos papéis, além dos próprios inerentes à profissão. O desenvolvimento de competências leva ao crescimento profissional, possibilitando que a enfermeira assuma atividades inovadoras mais abrangentes, como o processo administrativo da instituição, desenvolvido do nível gerencial ao intersetorial (GINDRI et al., 2005).

4.2.3.2 Subcategoria: pontos negativos

Na categoria satisfação/insatisfação que emergem no desempenho do cargo, outra sub-categoria levantada diz respeito aos pontos negativos apontados pelas enfermeiras de comissão/comitê e referem-se ao **desgaste pessoal** e a **falta de apoio institucional**.

A gente precisa ser alimentada, posso dar o próximo passo porque este já está vencido, já posso avançar. Neste sentido eu me sinto bem, apesar de ser uma atividade desgastante. (E6)

Para Bianchessi e Tittoni (2009) no exercício do trabalho hospitalar desencadeia-se, permanentemente, uma relação de dependência entre os diferentes trabalhadores, marcada pelas expectativas de uns com os outros e com os modos de ser de cada trabalhador. Nessas relações de dependência se manifestam os jogos de saber/poder, nos quais todos estão implicados.

Deste modo, o desgaste relaciona-se à impotência frente a uma estrutura hierárquica centralizadora, às dificuldades do uso da criatividade nas relações cotidianas de trabalho e na aplicação do saber prático dos trabalhadores. Este autores citam também os conflitos que podem ocorrer entre o ideal de trabalho em equipe e a organização do trabalho, gerando soluções individualizadas e corporativismos.

Entende-se aqui que estes dois aspectos estão inter-relacionados, pois a falta de apoio da instituição pode levar ao desgaste pessoal.

Frustrada, extremamente frustrada porque a instituição não dá apoio [...]. (E14)

Quando a instituição encoraja e estimula seus profissionais a desenvolver suas aptidões, incluídas aqui, a capacitação e aprimoramento do saber-fazer, este investimento resulta em motivação, favorece o desempenho, encoraja o crescimento e a auto-realização, o que gera um impacto no enriquecimento do seu papel social e de participante nos processos de melhoria da instituição em que trabalha (OLIVEIRA et al., 2009).

As enfermeiras que ocupam cargos da estrutura da enfermagem referem como pontos negativos **maior pressão e impotência administrativa** na resolução de problemas em função das normas de instituição pública.

Na realidade, impotente, porque você tem os problemas na mão, sabe as soluções que pode tomar, que não são fáceis às vezes de se conseguir, são rápidas em termos de resolução, mas você esbarra em rotinas arcaicas, rotinas administrativas muito burocráticas e que você acaba não tendo opção, acaba ficando com o problema, que persiste, evolui e continua sem solução. (E1)

Eu gosto da parte administrativa, gosto do que faço, me sinto bem. Fora a pressão, que não é fácil, mas eu gosto. (E3)

Vários estudos indicam que há problemas de eficácia e de eficiência na gestão de hospitais ligados ao SUS. Quando se trata de hospitais públicos, os diagnósticos tendem a atribuir à rigidez e à burocratização da administração pública direta a principal responsabilidade por esse desempenho inadequado. (CAMPOS; AMARAL, 2007).

As enfermeiras que atuam em cargos administrativos referem como ponto negativo a **estrutura organizacional do serviço público** que limitam a execução de planos considerados inovadores mas que dependem de recursos financeiros e de recursos humanos.

Satisfação tenho, a gente tem altos e baixos, porque eu acho que o serviço público e aqui o hospital, que ele não te deixa fazer tudo que você planeja, por deficiência de recursos humanos, recursos financeiros, então eu tenho mil idéias mas eu não consigo colocá-las em prática porque o serviço não me permite, então eu vou até aqui e daqui não vai. (E15)

É conhecido o condicionamento das práticas gerenciais nos hospitais pelas políticas governamentais expressas no âmbito das Secretarias de Saúde e do Ministério da Saúde, em particular aquelas relativas à área orçamentário-financeira e de abastecimento. Estas políticas limitam as possibilidades de desenvolvimento de experiências criativas por parte da direção dos hospitais. Um conjunto de obstáculos de origem externa, como pressões políticas, escassez de recursos, condições de abastecimento e funcionamento deficientes e a precariedade na política de recursos humanos contribuem para dificultar ou mesmo inviabilizar a execução de algumas idéias inovadoras (AZEVEDO; FERNANDES; CARRETEIRO, 2007).

A literatura refere que a autonomia é um dos fatores que interferem na satisfação no trabalho. Os conhecimentos profissionais relacionados ao cuidado dão à enfermeira autonomia para atuar, mas quando a questão é do campo administrativo, a autonomia é relativa, pois está atrelada às normas institucionais.

4.2.4 Categoria 4 – Contribuições para o exercício do cargo

Desta categoria foram levantadas, a partir das falas das enfermeiras, duas subcategorias que são a **formação acadêmica** e a **contribuição da instituição**.

Ao proceder a análise das falas das entrevistadas, não foram observadas diferenças nas respostas dos três agrupamentos de cargos. Desta forma, as subcategorias serão discutidas sem fazer a distinção por agrupamento de cargos.

Na categoria **contribuições para o exercício do cargo** todas as enfermeiras entrevistadas responderam que a **formação acadêmica** contribuiu de forma geral para o exercício do cargo atual.

A maioria delas refere que por já ter transcorrido longo tempo desde a formação acadêmica, muitas são formadas há mais de 20 anos, e devido as mudanças ocorridas no campo de trabalho, consideram a experiência adquirida na prática do exercício profissional como contribuição mais significativa para o exercício do cargo atual.

É muito mais a experiência profissional, minha vivência profissional, do que propriamente a formação de graduação. E também as pós-graduações lógico que ajudaram, mas, a graduação não. (E6)

Eu acho que a graduação me deu a base e a experiência do dia a dia, os cursos que eu fui fazendo, atualizações [...]. (E7)

Uma delas considera que a formação não contribuiu em função dos avanços tecnológicos ocorridos na sua área de atuação.

Não, até porque eu já estou formada há tanto tempo, mais de 20 anos, e na nossa época nem existiam estas tecnologias [...]. (E11)

Com exceção de uma das enfermeiras entrevistadas, todas participaram de cursos de pós-graduação, reforçando o entendimento de educação permanente como sendo as experiências de aprendizagem que seguem a formação inicial, com a finalidade de melhorar a competência do profissional (PASCHOAL; MANTOVANI; MEIER, 2007).

Assim, os enfermeiros que atuam nos serviços de saúde devem buscar, constantemente, um saber científico que subsidie a prática assistencial. O aperfeiçoamento da enfermeira com foco no trabalho em saúde contribui tanto para a satisfação do profissional como para assistência de qualidade ao paciente, e os cursos de pós-graduação *lato sensu* na área de enfermagem são uma opção para o aprimoramento científico e para a prática do cuidado ao paciente, usuário, família e comunidade (PASCHOAL; MANTOVANI; MEIER, 2007).

Quanto à **contribuição da instituição** para o preparo profissional necessário para atuar no cargo atual, as opiniões são divergentes. Em alguns casos houve a intervenção da instituição que possibilitou a capacitação das enfermeiras.

A gente não tinha domínio do que era a metodologia [...]. Eu propus e o hospital comprou um curso de facilitadores. Este curso teve um custo e a instituição bancou junto com a reitoria, dividiram. (E6)

Algumas enfermeiras participaram do curso de Gerentes, capacitação promovida para a implantação das unidades funcionais, especialmente as que estão atuando em cargos administrativos.

O curso de gerentes, que foi bastante importante. (E7)

A deficiência de conhecimentos em Administração apresentadas por gestores hospitalares deixa evidente que organizações de alto grau de complexidade, quando geridas por profissionais não capacitados, e de acordo com Souza et al. (2008) necessitam de programas que visem o preparo gerencial voltados aos seus gestores. Assim, emerge a necessidade de adoção de programas institucionais de treinamento. Seguindo esta linha de pensamento, o hospital em estudo preparou seus gerentes e supervisores através do Curso de Gerentes que foi elaborado de acordo com as necessidades da instituição para a implantação do modelo gerencial de Unidades Funcionais.

Pesquisa apresentada por Moraes et al. (2004) mostram diferentes teorias sobre aprendizagem e educação de adultos, assim como teorias sobre a aprendizagem em ambientes de trabalho, que têm contribuído para a evolução do conceito da aprendizagem gerencial, em que são considerados a relação entre o contexto social, o profissional e suas experiências, estimulando-o a refletir sobre seu trabalho.

Por outro lado, algumas enfermeiras relataram a falta de apoio institucional na qualificação e atualização relacionadas às atividades desempenhadas.

Muito pouco, a gente busca mais externo, particularmente. Nem o congresso anual que é, sempre foi uma prerrogativa, nós não conseguimos participar, não tem financiamento nenhum para nada. (E12)

Nada, nunca. Nunca houve um apoio. Para ir para congresso nunca tem recurso, você tem que se atualizar por conta própria. (E14)

[...] todos os cursos que eu fiz eu paguei do meu bolso, os livros que eu compro, todo o material [...] (E11)

Observa-se que as enfermeiras do estudo se empenham no auto-aprimoramento, conforme referem Paschoal, Mantovani e Meier (2007) direcionando-o à busca da competência pessoal e profissional. Para estas autoras a educação permanente está relacionada ao profissionalismo, compromisso e envolvimento com a profissão, com o prazer pelo trabalho, que conduz ao desejo de manter-se atualizado, informado e evoluindo profissionalmente. Para estas enfermeiras, este comprometimento com a educação independe do apoio institucional.

A instituição nenhuma, por que o que eu tinha é de experiência no hospital de enfermeira assistencial e vendo a enfermeira administrativa, como ela coordenava a equipe eu tentei seguir exemplo. Mas me preparar para o cargo de enfermeira administrativa, não fui preparada pela instituição. (E10)

Depois que eu assumi o cargo de chefia não teve nenhum direcionamento, nenhum curso específico. A única coisa que foi feita foi uma passagem de informações, de conhecimentos adquiridos pela chefia anterior de como seria e o restante foi caminhando pelas próprias pernas. (E1)

Oliveira et al. (2009) refere que quando as instituições de saúde estão envolvidas com a qualificação dos profissionais atuam como facilitadoras deste processo. Quando isso não ocorre, o descomprometimento com o ser trabalhador inibe formas de proporcionar condições e enriquecimento para o crescimento enquanto profissional, o que reflete no seu contexto de trabalho.

Esta busca de conhecimentos por meio de cursos são, na maioria das vezes, de iniciativa própria do profissional, haja vista a necessidade de atualização e aquisição de novos conhecimentos. Alguns participam de seminários ou programas de treinamentos formais, mas, em geral, recebem pouco ou nenhum treinamento organizado pela própria instituição (SOUZA et al., 2008).

As enfermeiras mencionam que a formação acadêmica proporcionou a base dos conhecimentos da profissão, mas é com a prática diária que elas adquirem experiência para atuar. Enfatizam a necessidade de buscar qualificação visando à educação permanente e a atualização profissional. Na maioria dos casos esta busca se dá por interesse da própria enfermeira para crescimento próprio. Esta qualificação também reflete na ascensão de nível em função do plano de carreira, com acréscimo financeiro no salário.

Percebe-se que algumas enfermeiras referem ter apoio da instituição nas questões de aprimoramento profissional e outras não, sem que haja o reconhecimento da educação continuada que o próprio hospital disponibiliza, como é o caso do Curso de Atualização em Enfermagem e do Curso de Gerentes.

4.2.5 Categoria 5 – Competências para o desempenho no cargo

Na análise das falas foi observado que nos três agrupamentos de cargos as enfermeiras referem as mesmas competências. Sendo assim, estas foram agrupadas por similaridade nas subcategorias **conhecimento**, **habilidades** e **atitudes**, o que condiz com a definição de competências de Perrenoud (1999) que são os conhecimentos, as habilidades e as atitudes necessários para o enfrentamento de diferentes situações da prática profissional, ou seja, é a

capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles.

Como existe esta similaridade, as subcategorias citadas são apresentadas sem a distinção dos agrupamentos de cargos.

4.2.5.1 Subcategoria: conhecimento

Considera-se conhecimento como sendo o aprendizado constante, adquirido ao longo do processo de vida, escolar e profissional. Perrenoud (1999) apresenta os saberes como os conhecimentos declarativos, que são fatos, leis, constantes ou regularidades da realidade; os conhecimentos procedimentais ou processuais, ou seja, saber como fazer, emprego de métodos e técnicas; os conhecimentos condicionais, que é saber quando intervir de uma determinada maneira; e as informações ou saberes contextuais.

Para os três agrupamentos de cargos, enfermeiras de comissão/comitês, cargos de enfermagem e cargos administrativos ocupados por enfermeiras, a subcategoria conhecimento tem como pontos relevantes a necessidade do **conhecimento na área de atuação e conhecimento técnico**, ou os conhecimentos procedimentais conceituados por Perrenoud (1999).

Persistência, conhecimento na área, tem que se conhecer bem o processo. (E6)

[...] competência técnica, conhecer o setor. (E10)

Nimtz e Ciampone (2006) consideram que o *saber* e o *fazer bem* na competência do conhecimento, se dão através do domínio do conteúdo necessário para o profissional desempenhar seu papel, articulado com o domínio dos conteúdos e das estratégias que permitam a ele realizar bem seu trabalho.

[...] tem que ter um mínimo de conhecimento de planejamento, de indicador, o mínimo de conhecimento desta parte de gestão você tem que ter pelo menos o mínimo porque o resto você vai adquirindo no decorrer [...]. (E15)

Dentro da competência técnica administrativa e gerencial da enfermeira, é imprescindível que ela desenvolva um conjunto de conhecimentos utilizados para executar o planejamento das suas ações, para a tomada de decisão, fazer a interação e gerenciamento da equipe. Ter o domínio das técnicas administrativas auxilia no trabalho gerencial, mas este requer também outras habilidades mais complexas para além deste domínio (ROTHBARTH; WOLFF; PERES, 2009).

Zarifian, citado por Neves (2007), define competência como uma mudança de comportamento social dos seres humanos em relação ao trabalho e sua organização. O conceito de competência elaborado por este pesquisador está relacionado ao conceito de qualificação, com respeito à capacidade do indivíduo em assumir iniciativas, ir além das atividades prescritas, ser capaz de compreender e dominar novas situações no trabalho, ser responsável e ser reconhecida por estes fatores.

Então, para que a enfermeira possa agir com competência no desempenho das diferentes dimensões que compõe o seu trabalho, ela deve ser capaz de mobilizar os conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas, adquiridos tanto no ensino formal quanto na experiência adquirida durante sua prática profissional, nos diferentes desafios que se apresentam no cotidiano.

4.2.5.2 Subcategoria: habilidade

As capacidades ou habilidades são reconhecidas por Perrenoud (1999) como o **saber fazer** e compreendem esquemas de percepção, de pensamento, de julgamento e de avaliação. Uma das habilidades que as enfermeiras entendem como necessária para exercer o cargo em que estão atuando refere-se à **liderança**:

Liderança, ter um perfil de, não precisa ser autoritária, mas você tem que ter o balanço disto, não pode ser totalmente liberal, tem que ter pulso firme para trabalhar. (E1)

Percebe-se não existir uma visão preponderante sobre liderança, uma vez que a enfermeira tem dificuldade para definir um estilo próprio de liderança. A liderança é referida como inerente ao trabalho do enfermeiro, já que ele é quem faz

a coordenação do trabalho da equipe de enfermagem e a intermediação entre os diferentes profissionais da equipe de saúde. Souza e Soares (2006) consideram o exercício da liderança em suas atividades uma das grandes responsabilidades da enfermeira. Para elas, ser líder e saber administrar é condição para que o trabalho do profissional de enfermagem seja eficiente.

A liderança é importantíssima e o enfermeiro está habituado a liderar equipes, no mínimo a equipe dele, quando não a equipe multidisciplinar. . (E6)

Balsanelli e Cunha (2006) citam como predicados da habilidade de liderança o 'conhecimento, experiência, confiança, capacidade de trabalhar em equipe, de resolver problemas, auto desenvolvimento, relacionamento interpessoal, comprometimento e respeito entre a equipe, e saber ouvir', e destacam que esta habilidade pode ser desenvolvida. Citam ainda que a escolha do modelo de liderança adotado pela enfermeira depende da equipe de trabalho e do comportamento dos membros do grupo e que a comunicação encontra-se no núcleo da liderança, uma vez que a liderança é um relacionamento interpessoal no qual os líderes influenciam pessoas para a mudança via processo comunicativo.

A questão de liderança. Não tem como não ter, você tem que ser um líder. Por que você é o exemplo. (E9)

Na liderança, a enfermeira influencia as ações de outros para o estabelecimento e para o alcance de objetivos, no fortalecimento do grupo de trabalho, ressaltando e valorizando as competências individuais, fazendo com que cada membro reconheça o propósito e o significado de seu trabalho (SIMÕES; FAVERO, 2003).

Sousa e Barroso (2009) concluem que na sua formação a enfermeira desenvolve habilidades de liderança, principalmente em virtude das tarefas que lhe são exigidas. A enfermeira desempenha, seja em instituições hospitalares ou em outras atividades ligadas a saúde, o papel de líder, já que está diretamente envolvida com análise crítica, identificação de problemas, tomada de decisões, planejamento e implementação de cuidados, alocação de outros profissionais da equipe de enfermagem e motivação dos profissionais da equipe de saúde.

Outro ponto relevante da subcategoria habilidade levantado pelas enfermeiras é o **relacionamento interpessoal**.

Não é fácil lidar com as pessoas de uma maneira geral e principalmente o pessoal da área da saúde. (E5)

Em pesquisa realizada por Simões e Favero (2003) as enfermeiras revelaram que estabelecer um bom relacionamento com os funcionários, estar envolvida com as questões do trabalho, demonstrar segurança na condução da equipe e manter uma comunicação eficaz são condições importantes para que a equipe desempenhe suas funções adequadamente.

Relacionamento interpessoal é primordial. A primeira coisa que a pessoa tem que ter. É o ponto número 1. (E9)

No ambiente de trabalho a enfermeira precisa conhecer as potencialidades dos componentes da equipe, e assim estabelecer um relacionamento interpessoal que seja baseado na autenticidade, apreço, compreensão empática, confiança, permitindo liberdade de ação e estímulo à auto-avaliação (NIMTZ; CIAMPONE, 2006).

A enfermeira, por meio de sua conduta profissional procura intermediar as relações dentro da equipe de saúde, sabendo ouvir, estando disponível, demonstrando responsabilidade e boa comunicação (SOUSA; BARROSO, 2009).

A pessoa tem que ter vontade, porque todo dia são muitos não, muitos embates [...] (E14)

A enfermeira, como líder da equipe, tem papel fundamental na manutenção de relacionamentos saudáveis no grupo, com o desenvolvimento da habilidade de cuidar daqueles que ela lidera, motivando-os e convencendo-os a trabalhar para o bem comum da equipe, o que reflete no cuidado de si mesmo e do cliente. Nesse sentido, a cordialidade, a empatia e o convívio são elementos que permeiam o cumprimento da tarefa de enfermagem, pois estreitam relações entre os seres humanos e fundamentam o ato de cuidar (SOUSA; BARROSO, 2009).

4.2.5.3 Subcategoria: atitude

Atitude diz respeito ao comportamento manifesto que envolve habilidade e traços de personalidade, diretamente relacionado com o querer e a ação. É o **querer fazer / como fazer** (PERRENOUD, 1999).

Os sujeitos da pesquisa referem como atitude inerente ao desempenho do cargo, a **ética**.

O enfermeiro tem que buscar a sua formação específica, técnica, mas também outras coisas, por isso que eu acho a ética e a parte humana, de relações humanas. (E11)

A competência técnica, adquirida na formação da enfermeira, está vinculada diretamente à competência ética. Não basta saber fazer, é necessário saber relacionar-se com o paciente, compreendendo-o enquanto ser biopsicossocial, que aspira ao reconhecimento enquanto pessoa. Ela precisa estar comprometida com o cliente e reconhecer a dignidade da pessoa humana estabelecendo uma atitude de respeito (GUIMARÃES; VIANA, 2002).

O **respeito** e a **responsabilidade** são citados pelas enfermeiras como atitudes que permeiam todas as ações de enfermagem.

[...] aquela pessoa que tenha responsabilidade, que tenha noção do que é o cuidado, do que é a responsabilidade de uma outra pessoa sob sua responsabilidade. (E8)

A enfermagem, tendo o cuidado como núcleo de competência e responsabilidade, se utiliza de diferentes campos de conhecimento para a prestação deste cuidado, podendo estabelecer mais canais de interlocução com agentes de outras disciplinas e em conjunto buscar tecnologias necessárias à assistência, estabelecendo relações com a equipe, com o paciente e com a família (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001).

O processo decisório envolve e requer conhecimentos específicos e científicos para uma conduta mais apropriada dos profissionais. As enfermeiras elencam como atitudes essenciais a **segurança** e **confiança para tomada de decisões**.

Às vezes a gente tem que ser até meio fria porque tem que tomar decisão, decisões que não podem favorecer uma única

peessoa, você tem que estar sempre pensando no todo, então muitas vezes você vai ter de tomar decisões que não vai agradar este fulano mas em benefício do macro você vai ter de tomar. (E15)

As habilidades requeridas para a tomada de decisão, de acordo com Peres e Ciampone (2006) são o pensamento crítico, capacidade de julgamento, raciocínio lógico, intuitivo e de avaliação. Conhecimentos da área administrativa aliados a estas habilidades contribuem para uma escolha mais adequada, Simões e Fávero (2003) registram a segurança como ponto forte para a tomada de decisão, assim como a necessidade de possuir conhecimentos, ter boa argumentação, apresentar firmeza nas decisões e manter claras suas convicções.

Entende-se que para atuar com competência, para a adoção de um padrão de comportamento no ambiente de trabalho exige-se do profissional a utilização não apenas de conhecimentos, mas também de habilidades e atitudes adequadas à situação em questão, uma vez que essas dimensões são interdependentes.

4.2.6 Categoria 6 – Reconhecimento profissional gerado pelo cargo

Para todas as enfermeiras do estudo, a ocupação dos cargos traz reconhecimento. Este, porém, se origina diferentemente para cada uma das categorias de cargos. Para as enfermeiras de comitê, o reconhecimento vem do saber do enfermeiro; para os cargos de enfermagem este reconhecimento vem do desempenho pessoal e individual do enfermeiro, e para os enfermeiros que ocupam cargos administrativos este reconhecimento se origina do fato de que os cargos distantes do cuidado são mais reconhecidos.

As enfermeiras em cargos de comissão/comitê apontam que no cargo em que atuam existe o **reconhecimento do conhecimento específico da enfermeira**.

Eu acho que o reconhecimento existe com certeza, inclusive o reconhecimento do conhecimento específico do enfermeiro, porque ele tem um papel extremamente diferenciado dos outros profissionais. (E12)

A enfermeira exerce um papel preponderante na elaboração do plano de cuidados, pois é ela quem interage com todos os profissionais da saúde, sendo considerada um elemento facilitador do trabalho da equipe. É ela quem gerencia os conhecimentos relativos ao exercício do trabalho assistencial da equipe de enfermagem e dispõe de autonomia para avaliar as necessidades assistenciais do paciente, decidindo sobre o cuidado (BACKES et al., 2008).

Com a finalidade de produzir uma atividade específica numa determinada instituição e contexto, executando procedimentos cada vez mais complexos no seu dia-a-dia, Gomes e Oliveira (2005) entendem o conhecimento científico como consequência de um comportamento que a enfermeira considera relevante para o aperfeiçoamento profissional e para a conquista de novos espaços de atuação. Consideram que a construção do conhecimento científico e a explicitação de um saber específico da enfermagem constituem um dos alicerces da autonomia profissional.

Assim, a atuação profissional da enfermeira baseada no conhecimento científico leva à respeitabilidade mútua entre os profissionais e a credibilidade da equipe, gerando um trabalho interdisciplinar eficaz, ao mesmo tempo em que compartilha responsabilidades, deveres e direitos (GOMES; OLIVEIRA, 2005).

Outros profissionais dizem que quem tem que assumir é o enfermeiro, o enfermeiro é que tem o perfil, porque, porque você mostra para eles que é necessário para as ações funcionarem ter estas competências que eu falei, e quem tem é o enfermeiro. Então eu digo que o comitê mostra a enfermagem. Quem aparece [...] do Hospital de Clínicas são os enfermeiros, você não ouve falar do bioquímico, você não ouve falarem do médico, você ouve falar do enfermeiro. (E14)

Segundo Backes (2008), a enfermeira é reconhecida pelos outros profissionais da equipe de saúde como articuladora e integradora das ações de saúde. **A oportunidade de diversificar** na atuação é referida pelas enfermeiras em cargos de comissão/comitê.

Eu acho que para a enfermagem, a gente tem muitas oportunidades de diversificar, diversificar a atuação. Às vezes, a gente acha que o enfermeiro é só cuidador, mas ele também pode fazer, exercer outros papéis que no fim das contas vai influenciar a qualidade da assistência. (E6)

Quando o enfermeiro está atuando, ele é a pessoa que decide o encaminhamento, até a forma de conduta, a forma do cuidado que o paciente recebe, ele é o líder na verdade. (E12)

A atuação da enfermeira é considerada essencial para a atenção à saúde de pessoas, tanto no âmbito individual como no coletivo, pois é ela que capacita, forma, treina e coordena a grande maioria dos trabalhadores da saúde. Também planeja e gerencia programas e projetos sociais, de ensino e pesquisa. Ela é flexível, polivalente e possui diversidade de atuação, pois potencializa intervenções críticas em contextos específicos. (SERVO; OLIVEIRA, 2005).

Para Pai, Schrank e Pedro (2006) o saber da enfermagem se torna visível quando a enfermeira, no exercício de suas atividades, relaciona os conhecimentos conceituais adquiridos com os problemas e acontecimentos encontrados em situações concretas, e atua de forma crítica, dando visibilidade às suas competências.

Para as enfermeiras que ocupam cargos de enfermagem, um dos tópicos relevantes dizem respeito ao **reconhecimento pelo desempenho individual da enfermeira**.

É a tua valorização, em estar em determinados momentos, que você não precisaria estar, como reunião clínica: _ não, pergunta para a enfermeira, porque ela que vai saber como direcionar; conversa com ela porque ela vai saber como fazer. E em coisas do dia a dia, até ligar em casa, você percebe o quanto você é respeitada. (E1)

[...] Claro, porque é uma experiência. Você vive coisas novas. Você aprende coisas novas, você vai ter que aprender como o hospital que você trabalha funciona, politicamente falando. Porque daí, então, você está num outro momento da sua vida e isso abre portas porque você vai começar a ser conhecida e se você for competente e fizer um bom trabalho você vai poder ser convidada para outros cargos, ser convidada para outras funções dentro da instituição. É uma vitrine. (E10)

Pai, Schrank e Pedro (2006) reforçam a idéia de que a enfermeira deve se responsabilizar por suas ações, sair da sua zona de conforto e enfrentar os desafios que são postos, desenvolvendo e apropriando-se das suas competências, de modo a intervir de forma pró-ativa nas diferentes situações. Isto implica em articular as competências a nível técnico, científico e relacional, o que converge para a

representação social da profissão. Assim, a visibilidade profissional é construída a partir das atitudes individuais que formam o coletivo, que acabam refletindo nos diferentes espaços e campos de atuação profissional.

As enfermeiras que ocupam cargos de enfermagem também referem a **oportunidade de diversificar a sua atuação.**

A gente vê que os alunos dizem - ver a diferença na minha formação, eu vi uma outra forma do enfermeiro trabalhar. E isto dá muita satisfação, você vê que está fazendo a diferença tanto para os pacientes quanto para o aluno, que muitas vezes nem sabe o que quer da vida, nem imagina que pode atuar nesta área. No futuro, a gente sabe, a questão do homecare, as cooperativas, que é um campo para a enfermeira atuar, como autônomo mesmo. (E11)

De acordo com as falas das enfermeiras é possível inferir que o **reconhecimento vem da atuação em cargos distantes do cuidado.**

[...] abre um campo sim, porque é um profissional enfermeiro que conseguiu mostrar liderança em uma equipe grande, [...], com raízes externas ao hospital, que houve um trabalho muito importante, de relacionamento interinstitucional que a gente conseguiu estabelecer, que antes era muito desorganizado e agora está organizado dentro do Sistema Único de Saúde de Curitiba. Então eu acho que o profissional enfermeiro é reconhecido. É reconhecimento da categoria. (E9)

Claro que abre, eu acho que abre a profissão, saber que um enfermeiro, se eu desempenhar meu papel aqui bem, se for reconhecida como uma pessoa que desempenha bem, é o enfermeiro que está lá, ninguém está dizendo que é um médico, é uma enfermeira que está lá e ela também tem... então isto é uma possibilidade, é uma vitrine com nossa profissão. (E15)

As enfermeiras tem se destacado na gestão organizacional do hospital, com importantes avanços, ligados principalmente à ocupação de espaços anteriormente destinados ao profissional médico. A abertura de novas frentes de trabalho para a enfermeira, no espaço da gerência e de áreas estratégicas da organização tem levado a novos direcionamentos no seu processo de trabalho, contribuindo com o desenvolvimento de uma visão sistêmica da organização, conferido maior autonomia, ampliação do seu espaço de decisão e maior *status* social e profissional (BRITO et al., 2004; CECÍLIO; MERHY, 2003).

É possível perceber que o reconhecimento profissional vem através do desempenho individual da enfermeira, e não do cargo ocupado. E este reconhecimento não é generalizado para a profissão, mas permanece no particular, naquela enfermeira que se destaca pela sua atuação e sua postura profissional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi analisar os espaços de atuação das enfermeiras em uma instituição hospitalar de ensino após a mudança do modelo gerencial, ocorrida em 2002. Os objetivos específicos foram identificar os cargos/postos de trabalho ocupados por enfermeiras, as atividades desempenhadas por elas nos diversos postos de trabalho e discutir a relação dos cargos e das atividades no novo modelo gerencial.

Todos os sujeitos desta pesquisa são do sexo feminino, na faixa etária entre 25 e 59 anos, com formação acadêmica entre 05 e 30 anos e tempo de atuação neste hospital que varia entre 05 e 30 anos. A maioria tem pós-graduação, sendo quatro mestres, três mestrandas e duas doutorandas.

Para identificar os cargos/postos de trabalho ocupados pelas enfermeiras, foi necessário fazer uma categorização dos cargos para definir os campos de atuação das mesmas nos seus diferentes postos de trabalho. Estes foram classificados em comissão/comitê, cargos de enfermagem e cargos administrativos ocupados por enfermeiras.

Para os cargos de comissão/comitê, no geral, a participação e o número de enfermeiras é definido por legislação específica, critério observado pela instituição. Aqui consideramos que houve uma ampliação de cargo, visto que a Comissão de Acreditação evoluiu para Assessoria da Gestão de Qualidade, diretamente subordinada à Direção Geral, e que atualmente conta com duas enfermeiras, tendo assegurada no seu regimento a participação de no mínimo uma enfermeira, o que pode indicar uma preocupação atual do hospital com a questão da qualidade.

Nos cargos de enfermagem, não é possível afirmar que houve ampliação dos cargos, mas uma adaptação dos tradicionais em cargos supostamente mais aderentes ao modelo gerencial vigente, alguns com mudanças significativas nas suas atribuições. Assim, a Direção de Enfermagem foi substituída por uma Coordenação, as antigas Coordenações de Enfermagem por área transformam-se em Supervisão de Enfermagem por Unidade Funcional. Em tese, somente a lógica de composição da supervisão foi alterada, mas não houve ampliação. Uma outra mudança foi a instalação do cargo de Assessoria de Enfermagem da Direção de

Assistência que até pode ser considerado uma ampliação, porém este agrupou várias das atividades da antiga Direção de Enfermagem.

Nos cargos administrativos ocupados por enfermeiras a expansão foi mais significativa, com três enfermeiras Gerentes de Unidade Funcional, uma enfermeira Diretora de Assistência, e quinze enfermeiras que atuam em serviços administrativos estratégicos para a instituição. Dentre eles a Coordenação de Internação, Unidade de Abastecimento e Serviço de Faturamento.

Considera-se que as mudanças gerenciais ocorridas no hospital a partir de 2002 expandiram as possibilidades de atuação das enfermeiras, pois passaram a ocupar cargos externos à estrutura do serviço de enfermagem, cargos que até antes da implantação do novo modelo, lhes eram tradicionalmente inacessíveis. É o caso das gerências de UF e da Direção da Assistência, que pela primeira vez na história do hospital é exercida por uma enfermeira. Esta ampliação de atuação pode estar relacionada aos conhecimentos de administração que a enfermeira adquire na sua formação e ao longo da prática profissional, que lhe confere uma capacitação diferenciada de outros profissionais da equipe de saúde, no que concerne ao gerenciamento em saúde.

Historicamente, o cargo máximo que a enfermeira poderia aspirar era a Direção de Enfermagem, excluída atualmente do organograma. Atualmente, a Direção de Assistência, que representa todos os assuntos e profissionais responsáveis pela assistência é exercida por uma enfermeira. A enfermeira sai do gerenciamento de uma unidade para gerenciar a assistência da instituição, com todas as implicações sociais e políticas que o cargo traz embutido. Esta função proporciona um *status* que cargos de enfermagem não são capazes de dar.

Em contrapartida, fica o questionamento se esta migração da assistência para cargos administrativos é favorável para a Enfermagem. Num primeiro olhar parece que sim, já que dá mais visibilidade para a enfermeira, mas por outro lado, fragiliza a assistência, pois esta fica descoberta, já que não foram conquistadas novas vagas de enfermeiras para reposição. Neste caso, percebe-se que a lógica da assistência centrada no usuário, característica do modelo gerencial atual, não é valorizada, na medida em que dá prioridade a outros fatores.

A solicitação da Certidão de Responsabilidade Técnica (BRASIL, 2005) junto ao COREN, poderia ser uma estratégia a ser usada pelas enfermeiras para a

sustentação legal na requisição de novas vagas com a finalidade de manter uma assistência segura, bem como incluir o Conselho nas discussões com a Direção do hospital para exercer pressão no sentido de que a assistência seja prestada conforme determina a lei.

Com relação às atividades desempenhadas nos cargos da estrutura do Serviço de Enfermagem observa-se que estas, de uma maneira geral, estão ligadas ao desempenho das funções tradicionais da Enfermagem, ou seja, ao conjunto de atividades assistenciais relacionadas ao cuidado complexo e ao gerenciamento do cuidado e da unidade.

As enfermeiras que atuam em comissão ou comitê operacionalizam algumas importantes políticas públicas de saúde, relacionadas ao controle de infecção hospitalar, aos hemoderivados, ao serviço de epidemiologia e à qualidade do serviço prestado pelo hospital. A educação em serviço é uma atividade com grande significância para estas enfermeiras e são direcionadas não apenas para a enfermagem, mas também para a equipe multiprofissional.

A educação em serviço e orientação em saúde acontece de forma esporádica, sem que esteja incorporada no cotidiano como função da enfermeira ou da equipe. Elas poderiam ser utilizadas no processo de trabalho como estratégia para o crescimento e aprimoramento da equipe e como forma de desenvolver uma consciência crítica dos usuários a respeito dos seus problemas de saúde, contribuindo para a sua cidadania. A criação de um serviço de Educação Continuada seria uma forma de sanar esta deficiência, já que este foi extinto quando a Direção de Enfermagem foi substituída pela Coordenação de Enfermagem.

Não foi citada por nenhuma enfermeira a participação política como parte da prática de enfermagem, talvez por falta de conhecimento e engajamento nas questões políticas da profissão, ou mesmo por acomodação. Na instituição do estudo são tímidas as reivindicações relacionadas à enfermagem, mostrando o desconhecimento da força que a categoria pode alcançar. Esta deficiência poderia ser minimizada através da divulgação da representatividade das entidades de classe que atuam na defesa dos interesses da profissão e o estímulo na participação de suas atividades.

As enfermeiras não percebem a pesquisa como estratégia de empoderamento, mesmo trabalhando em hospital escola e em serviços com grande

complexidade. A consolidação da pesquisa na instituição ajudaria a aumentar e fortalecer os conhecimentos de Enfermagem, além de contribuir para a visibilidade do trabalho da enfermeira. A reativação do Grupo de Pesquisa em Enfermagem seria uma estratégia para incentivar as enfermeiras a divulgar seu trabalho em eventos e publicação em revistas. Assim, a socialização dos conhecimentos adquiridos com a prática profissional seria uma forma de dar visibilidade às enfermeiras do hospital em estudo. Compreendemos também que, a medida que as enfermeiras se qualificam com mestrado e doutorado, está sendo criado um corpo de profissionais com expertise para o desenvolvimento de pesquisa, participação em grupos, com mais acesso à informação e com poder, portanto, de influenciar as colegas tanto nas condutas cotidianas como nas posições políticas. Neste sentido, qualificar as enfermeiras significa ampliar visibilidade e consequentemente os espaços de poder.

Observa-se que o trabalho em equipe, pressuposto do modelo das UF, não está incorporado no cotidiano do trabalho das enfermeiras como uma possibilidade de ampliar o cuidado. Esta questão poderá ser minimizada com a recente implantação, no hospital, do Programa de Residência Multiprofissional, que servirá de modelo para as enfermeiras no entrosamento dos diferentes saberes das profissões de saúde que atuam junto ao paciente.

As enfermeiras entrevistadas demonstram não ter clareza sobre o que sejam competências conforme estabelece a LDB, provavelmente em função do tempo de formação acadêmica, e não se apropriaram deste novo referencial, talvez por exercerem suas atividades em um serviço público com garantia de estabilidade, onde não há a preocupação de se modelar às exigências do mercado de trabalho. Mas elas reconhecem a necessidade da enfermeira ter competência e a habilidade de liderança e de relacionamento interpessoal para a resolução de conflitos.

Um dos pontos positivos da atuação, citado por todas as enfermeiras, é a autonomia. Entretanto, a partir das falas, deduz-se que a autonomia a que se referem é a técnica, inerente ao saber profissional. Na discussão, foram levantados alguns aspectos sobre esta questão, acreditando que esta autonomia foi conquistada ao longo dos anos pelo desempenho e conhecimento profissional relacionado ao cuidado e pelo posicionamento das enfermeiras frente aos demais profissionais da equipe multiprofissional no gerenciamento da unidade.

Exercer uma atividade sem subordinados foi apontado como motivo de satisfação no desempenho do cargo, situação em que a enfermeira se responsabiliza somente pelo seu próprio trabalho. Este argumento advém do desgaste na condução do trabalho em equipe, algumas vezes não reconhecida neste estudo como competência da enfermeira.

Com a implantação do plano de carreira, em que o aporte financeiro ao salário é considerável, as enfermeiras têm se motivado a participar de cursos tanto no nível de especialização, como de mestrado e doutorado. A participação nestes cursos deveria proporcionar uma visão mais abrangente da profissão, na medida em que as discussões saem do cotidiano, pois com a leitura e o estudo a tendência é a expansão dos conhecimentos profissionais e de outras realidades. Espera-se que a qualificação traga uma diferenciação no desempenho das suas funções, mas o impacto que isto representa para o serviço ainda não é percebido de forma clara, o que precisaria de um estudo mais aprofundado.

Entende-se que a educação permanente é de responsabilidade do próprio profissional, mas algumas enfermeiras referem não ter incentivo nem apoio financeiro da instituição para participar de cursos e congressos. Não é possível perceber um reconhecimento por parte das enfermeiras dos esforços da educação continuada que o próprio hospital oferece, como no caso do Curso de Atualização em Enfermagem, que é ofertado anualmente desde 2006, e que confere incentivo financeiro ao salário. Outro exemplo é o Curso de Gerentes, em que existe o interesse de qualificar os profissionais para assumir cargos de caráter administrativo, como na implantação das UF.

Após estas considerações, conclui-se que a atuação das enfermeiras nesta instituição foi expandida, mas serão necessários outros estudos para visualizar qual o impacto desta expansão para a Enfermagem.

Quando da finalização deste estudo, o cargo de Direção de Enfermagem foi incluído novamente no organograma do hospital, o que significa uma conquista para a categoria de Enfermagem, que retomou sua representatividade na instituição. Há, porém, que se considerar que a Direção de Enfermagem atual está inserida em outro modelo gerencial, e tem outras funções, que deverão ser aprendidas e incorporadas em uma nova identidade, mais aderente aos desafios atuais. Como contribuição para esta nova etapa, o estudo mostra que, dado o isolamento funcional

das enfermeiras em suas antigas e novas atribuições, o desafio maior da Direção de Enfermagem será articular e coordenar os serviços de enfermagem de forma que ele se reconstitua como um corpo de saberes articulado a serviço da população.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. G. G. **A produção científica do (a) aluno (a) de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana no período de 1996 a 2001**. Feira de Santana, 2002. 53f. Monografia (Progressão de Carreira) - Departamento de Saúde. Universidade Estadual de Feira de Santana.

AGUIAR, A. B. et al. Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico. **Revista eletrônica de enfermagem** [periódico eletrônico], v.7, n.3, p. 319-327. 2005. Disponível em: <www.fen.ufg.br>. Acesso em 18/12/2006.

AZEVEDO, C. da S.; FERNANDES, M. I. A.; CARRETEIRO, T. C. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, out., p. 2410-20, 2007.

BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. O. Liderança no contexto da enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.1, p.117-122, 2006.

BACKES, D. S. et al. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Cienc Cuid Saúde**, v.7, n.3, p.319-326, jul./set. 2008.

BACKES, D. S. **Vislumbrando o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora**. Florianópolis, 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

BAPTISTA, S. de S.; BARREIRA, I. de A. Enfermagem de nível superior no Brasil e vida associativa. **Rev bras enferm**, Brasília, v.59, n.esp., 2006.

BARBOSA, M. A. Considerações sobre a organização política da Enfermagem. **J Assoc Bras Enf**, v. 45, n.1, jan./mar. 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARTMANN, M. Evolução histórica dos cursos de auxiliar e técnico de enfermagem no contexto sociopolítico-econômico do Brasil. Boletim Técnico do Senac, Rio de Janeiro: v.23, n.3, p.26-33, set./dez. 1997.

BERNARDINO, E. **Mudança do modelo gerencial em um hospital de ensino: a reconstrução da prática de Enfermagem**. São Paulo, 2007. 178f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem. Universidade de São Paulo.

BERNARDINO, E.; FELLI, V. E. A. A organização da Enfermagem do HC-UFPR: refletindo sobre seus determinantes. **Rev bras enferm**, Brasília, v.59, n.2, apr. 2006.

BERNARDINO, E.; FELLI, V. E. A. Saberes e poderes necessários à reconstrução da enfermagem frente a mudanças gerenciais num hospital de ensino **Rev Latino-am Enfermagem**, v.16, n.6, nov./dez. 2008.

BERNARDINO, E.; OLIVEIRA, E. de; CIAMPONE, M. H. T. Preparando enfermeiros para o SUS: o desafio das escolas formadoras. **Rev bras enferm**, Brasília, v.59, n.1, feb. 2006.

BERNDT, F. P. G. **Competências Gerenciais do enfermeiro**. Florianópolis, 2003. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Santa Catarina.

BIANCHESSI, D. L. C.; TITTONI, J. Trabalho, saúde e subjetividade sob o olhar dos trabalhadores administrativo-operacionais de um hospital geral, público e universitário. **Physis**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p. 969-88, 2009.

BOCCATO, S. B. G. Como gerenciar um grupo em conflito. In: MALAGUTTI, W.; CAETANO, C. C. (org.). **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.107, de 14 de junho de 1995**: Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde. Brasília, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 538, de 17 de abril de 2001**: reconhece a Organização Nacional de Acreditação como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do Processo de Acreditação Hospitalar. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.529/GM de 23 de novembro de 2004: institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define competências para os estabelecimentos hospitalares, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, cria a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o referido Subsistema e define critérios para qualificação de estabelecimentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, n.19, seção 1, p.25, 27 jan. 2005 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.616/MS/GM, de 12 de maio de 1998 que regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país, em substituição a Portaria MS 930 / 92. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 maio 1998.

BRASIL. Emenda Constitucional n.19, de 04 de junho de 1998: modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05/06/1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº. 153, de 14 de junho de 2004**: determina o Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue, e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea. Brasília, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto n. 5.824, de 29 de julho de 2006: estabelece os procedimentos para a concessão do Incentivo à Qualificação e para a efetivação do enquadramento por nível de capacitação dos servidores integrantes do Plano de Carreira dos Cargos Técnico- Administrativos em Educação. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p.60, 30/06/2006.

BRASIL. Lei n. 11.091, de 12 de janeiro de 2005. Dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, no âmbito das Instituições Federais de Ensino vinculadas ao Ministério da Educação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 13 jan. 2005 a.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 146/1992, de 1º de junho de 1992**: normatiza em âmbito nacional a obrigatoriedade de haver enfermeiro em todas as unidades de serviço onde são desenvolvidas ações de enfermagem durante todo o período de funcionamento da instituição de saúde. Brasília, 1992.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n.302-2005, de 16 de março de 2005**: baixa normas para Anotação da Responsabilidade Técnica de Enfermeiro (a), em virtude de Chefia de Serviço de Enfermagem, nos estabelecimentos das instituições e empresas públicas, privadas e filantrópicas onde é realizada assistência à Saúde. Rio de Janeiro, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**: Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, 1996.

_____. Presidência da República. Lei nº 7.498/86, DE 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção1, fls 9.273 a 9.275, 26 jun.1986.

_____. Presidência da República. Decreto nº 94.406 de 08 de Junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 jun. 1987.

_____. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação. Resolução No 3, de 07 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p.37, 09 nov 2001.

BRASIL. República Federativa do. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRITO, M. J. M. et al. Interfaces das mudanças hospitalares na ótica da enfermeira-gerente. **RAE**, v. 44, edição especial Minas Gerais, 2004.

CAMPOS, G. W. de S.; AMARAL, M. A. do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, ago., p. 849-859, 2007.

CARVALHO, D. R.; KALINKE, L. P. Perfil do enfermeiro quanto à motivação profissional e suas necessidades de desenvolvimento. **Boletim de enfermagem**, Curitiba, v.2, n.1, p.82-95, 2008.

CASTILHO, V.; GONÇALVES, V. L. M. Gerenciamento de recursos materiais. In: KURCGANT, P. (coord). **Gerenciamento em enfermagem**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2005. p.157-170.

CECILIO, L. C. de O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.3, mar. 2010.

CECILIO, L. C. de O. **Mudar modelos de gestão para mudar o hospital**: cadeia de apostas e engenharia de consensos. Núcleo de estudos em saúde coletiva/NESCO, 2000.

CECILIO, L. C. de O.; MERHY, E. E. **Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, março de 2003. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/Integralidade.pdf>>. Acesso em: 10 set 2009.

CECÍLIO, L. C. de O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde soc**, São Paulo, v.13, n.2, maio/ago., p. 39-55, 2004.

CORRADI, E. M.; ZGODA, L. T. R. W.; PAUL, M. de F. B. O gerenciamento de conflitos entre a equipe de enfermagem. **Cogitare Enferm**, v.13, n.2, p.184-193, jan./mar. 2008.

COSTA, G. M. C. et al. Uma abordagem da atuação histórica da enfermagem em face das políticas de saúde. **REME – Rev Min Enf**, v.10, n.4, p.412-417, out./dez. 2006.

COSTA, L. M.; GERMANO, R. M. Estágio curricular supervisionado na Graduação em Enfermagem: revisitando a história. **Rev bras enferm**, Brasília, v.60, n.6, dez. 2007.

COSTA, A.; MADEIRA, A.; MATIAS, E. Autonomia em Enfermagem. **Sinais Vitais, enfermagem em revista**, n.54, set. 2004.

COSTA, M. B. de S.; SILVA, M. I. T. da. Impacto da criação do programa saúde da família na atuação do enfermeiro. **R Enferm UERJ**, v.12, p.272-279, 2004.

CUNHA, A. Z. S. A educação em enfermagem e seu compromisso social. **Revista Educação**, v.27, n.01, 2002.

CUNHA, I. C. K. O.; XIMENEZ, F. R. G. Competências Gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.3, p.479-482, jul./set. 2006.

DALLAIRE, C.; DALLAIRE, M. Le savoir infirmier dans les fonctions infirmières. In: DALLAIRE, C. (org) **Le savoir infirmier**: Au couer de la discipline et de la profession. Montréal: Gaëtan Morin, 2008.

DOMINGUES, T. A. M.; CHAVES, E. C. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, v.39, n.esp., p.580-588, 2005.

ELLET, W. **Manual de Estudo de caso**: como ler, discutir e escrever casos de forma persuasiva. Porto Alegre: Bookman, 2008.

ERDMANN, A. L.; MENDES, I. A. C.; LEITE, J. L. A enfermagem como área de conhecimento no cnpq: resgate histórico da representação de área. **Esc Anna Nery R Enferm**, v.11, n.1, p. 118-126, mar. 2007.

FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L. **Fundamentos do uso de tecnologias na enfermagem**. São Paulo: Yendis, 2006.

FRACOLLI, L. A. et al. Vigilância à Saúde: deve se constituir como política pública?. **Saude soc**, São Paulo, v.17, n.2, jun. 2008.

GALLEGUILLLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enf USP**, v.35, n.1,p.80-87, mar. 2001.

GEOVANINI, T. Uma abordagem dialética da Enfermagem. In: GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. p.3-48.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

GINDRI, L. et al. A percepção dos profissionais da equipe de enfermagem sobre o trabalho dos enfermeiros. **Cogitare enferm**, v.10, n.1, p.34-41, jan./abr. 2005.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. **Rev Esc Enfermagem**, v.39, n.2, p.154-163, jun. 2005.

GOMES, T. O.; ALMEIDA FILHO, A. J.; BAPTISTA, S. S. Enfermeiras-religiosas na luta por espaço no campo da enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v.58, n.3, p.361-366, maio/jun. 2005.

GONÇALVES, L. **Processo de trabalho da enfermagem: bases qualitativas para o dimensionamento da força de trabalho de enfermagem nas unidades de internação**. Florianópolis, 2007. 298f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

GONÇALVES, L. et al. Abordagens Metodológicas Diferenciadas em Aulas Práticas de Administração de Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.57, n.4, p. 395-400, jul./ago. 2004.

GUIMARAES, E. M. P.; EVORA, Y. D. M. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ci Inf**, Brasília, v.33, n.1, abr. 2004.

GUIMARÃES, G. de L.; VIANA, L. de O. O valor ético no ensino da enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.13, n.3, p.517-22, jul./set. 2009.

GURGEL JUNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciênc saúde coletiva**, São Paulo, v.7,n.2, p.325-34, 2002.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v.18, n.2, jun. 2009.

HIGA, E. F. R., TREVIZAN, M. A. Os estilos de liderança idealizados pelos enfermeiros. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.13, n.1, p.59-64, 2005.

HOSPITAL DE CLÍNICAS. Universidade Estadual de Campinas, 2003. Disponível em: <<http://www.hc.unicamp.br/qualidade/qualidade.shtml>>. Acesso em: 10 ago. 2010.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Assessoria de Planejamento. **Coletânea sobre as Unidades Funcionais da UFPR**. Curitiba: HC/UFPR, 2002.

_____. Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <<http://www.hc.ufpr.br/>>. Acesso em: 15 jun. 2009.

_____. Universidade Federal do Paraná. Departamento de Pessoal. **Relação de funcionários do Hospital de Clínicas/UFPR**. Curitiba: HC/UFPR, 2010.

_____. Universidade Federal do Paraná. **Resolução nº. 003/2003-COAD/HC**: Conselho de Administração do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Atribuições da Coordenação de Enfermagem. Curitiba: HC/UFPR, 2003.

_____. Universidade Estadual de Campinas, 2003 Disponível em: <<http://www.hc.unicamp.br/qualidade/qualidade.shtml>>. Acesso em: 10 ago. 2010.

ITO, E. E. TAKAHASHI, R. T. Percepções dos enfermeiros de campo sobre o estágio curricular da graduação de enfermagem realizados em sua unidade de trabalho. **Rev. Esc. enferm. USP**, v.39, n.1, p.109-110, 2005.

JORGE, M. S. B. et al. Gerenciamento em Enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). **Rev bras enferm**, Brasília, v.60, n.1, jan./fev. 2007.

KRAMER, M. Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy. **Nursing Outlook**, v.51, p.13-19, 2003.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. de C. Building skills for the nurse's educational actions in primary health care. **Rev esc enferm USP**, São Paulo, v.41, n. esp., dez., p. 847-52, 2007.

LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.10, n.1, p.32-49, jan./abr. 2001.

LIMA-GONÇALVES, E. Administração hospitalar – condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. **RAE- eletrônica**, v.1, n.1, jul./dez., 2002. Disponível em: <www.rae.com.br/eletronica>. Acesso em: 20 set. 2009.

LIMA, J. C.; BINSFELD, L. O trabalho do enfermeiro na organização hospitalar: núcleo operacional autônomo ou assessoria de apoio ao médico? **R Enfer UERJ**, v.11, p.98-103, 2003.

LIMA, W. C. B.; SAMPAIO, S. F. Competência política do enfermeiro: achados bibliográficos. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.28,n.4, p. 564-569, dez. 2007.

LINO, K. M. S.; GONÇALVES, M. F.; FEITOSA, S. de L. **Administração hospitalar por competência**: o administrador como gestor hospitalar. Belém, 2008. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/producao_academica/administracao_hospitalar_por_competencia_o_administrador_como_gestor_hospitalar/767/>. Acesso em: 12 set. 2009.

LUCENA, A. de F. et al. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.2, p.292-298, 2006.

LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L.; SPRICIGO, J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.2, abr., p. 2001.

MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B.; LATORRE, M. do R. D. de O. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.1, fev. 2004.

MARTINS, C. et al. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v.15, n.3, set., p.472-78, 2006.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia**. 5.ed. São Paulo: Centauro, 2005.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v.15, n.3, set., p. 508-14, 2006.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, fev., p. 233-41, 2001.

MEDEIROS, M.; TIPPLE, A. F. V.; MUNARI, D. B. A expansão das escolas de enfermagem no Brasil na primeira metade do século XX. **Rev Eletr Enf**. [Internet] v.10, n.1. 2008. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/revista1_1/Escolenf.html> . Acesso: 03 Jun. 2009.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. dos. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E. (org.). **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. 1 ed. Recife: Editora Universitária-UFPE, 2004. v.1, p.45-76.

MICHELOTTI, F. C. Os desdobramentos da reforma sanitária no Brasil: estado, organizações profissionais e padrões de intermediação de interesses. In: SEMINÁRIO INTERMEDIÁRIO DA ABCP, São Carlos-SP, 18-20 nov., 2009. **Anais...** São Paulo: Associação Brasileira de Ciência Política, 2009.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MINUZZI, H. G. **Gerência do cuidado em enfermagem hospitalar: apresentando noções e competências**. Florianópolis, 2006. 93f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.

MINTZBERG, H. **Ascensão e queda do planejamento estratégico**. São Paulo: Artmed, 2000. p.26

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995.

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.41, n.3, p.8-19, jul./set. 2001.

MORAES, L. V. dos S. de; SILVA, M. A. da; CUNHA, C. J. C. A. Aprendizagem gerencial: teoria e prática. **RAE- eletrônica**, v.3, n.1, art.7, jan./jun., p.1-21, 2004.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo**. Rio de Janeiro, José Olympio, 2003.

NASCIMENTO, M. E. B. do; OLIVEIRA, M. C. M. de. Caminhos e desafios da enfermagem no Brasil. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, n.23, p.131-142, set. 2006. Disponível em < http://www.histedbr.fae.unicamp.br/art09_23.pdf>. Acesso em: 03 Jun 2009.

NEVES, R. **A importância da gestão de competências para inteligência competitiva**. 2007. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/informe-se/artigos/a-importancia-da-gestao-de-competencias-para-inteligencia-competitiva/13870/>>. Acesso em: 20 Jun 2010.

NIMTZ, M. A.; CIAMPONE, M. H. T. O significado de competência para o docente de administração em enfermagem. **Rev esc enferm USP** [online], v.40, n.3, p. 336-342, 2006. Disponível em< <http://www.ee.usp.br/reeusp>>. Acesso: 15 Ago 2010.

NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte: EDG, 1999.

OLIVEIRA, N. A. et al. Especialização em projetos assistenciais de enfermagem: contribuições na prática profissional dos egressos. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v.18, n.4, dez., p. 697-704, 2009.

OLIVEIRA, E. de et al. Análise de conteúdo e pesquisa na área da educação. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v.4, n.9, p.11-27, maio/ago. 2003.

OLIVEIRA NETO, F. S. de; ITANI, A. Pactos da saúde e a gestão do SUS: experiência e avaliação na macro-região sul do Espírito Santo. **Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente**, v.3, n.3, Seção Interfacehs 2, ago./dez. 2008.

PAFARO, R. C.; DE MARTINO, M. M. F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.38, n.2, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 out. 2010.

PAGANINI, M. C. et al. Oficinas sobre papéis e funções de enfermeiras em hospital universitário – relato de experiência. **Cogitare Enferm**, Curitiba, n.esp., p.16-24, jan./jun. 2000.

PAI, D. D.; SCHRANK, G.; PEDRO, E. N. R. O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta paul enferm**, São Paulo, v.19, n.1, mar., p. 82-87, 2006.

PARANÁ. Prefeitura Municipal de Curitiba. **Convênio nº 15545 entre o município de Curitiba e a Universidade Federal do Paraná através do Hospital de Clínicas**. 2004.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. de F.; MEIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev esc enferm USP**, São Paulo, v.41, n.3, set., p. 478-84, 2007.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, v.35, n.1, fev. 2001.

PERES, A. M. **Competências gerenciais do enfermeiro: relação entre as expectativas da instituição formadora e do mercado de trabalho**. São Paulo, 2006. 250f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.15, n.3, p.492-499, jul./set. 2006.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

PIANCASTELLI, C. H.; FARIA, H. P. de; SILVEIRA, M. R. da. **O trabalho em equipe**. In: SANTANA, J. P. (org.) **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família**. Brasília : OPAS, 2000. p.45-50.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil, uma pequena revisão**. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf>>. Acesso em: 05 jun 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REVELES, A. G.; TAKAHASHI, R. T. Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. **Rev esc enferm USP**, São Paulo, v.41, n.2, jun. 2007.

RIBEIRO, J. M. da S. **Autonomia profissional dos enfermeiros**. 2009. Dissertação (Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem) - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

ROTHBARTH, S.; WOLFF, L. D. G.; PERES, A; M. O desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro na perspectiva de docentes de disciplinas de administração aplicada à enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**, v.18, n.2, p.321-329, 2009.

RIZZOTTO, M. L. F. **História da enfermagem e sua Relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev bras enferm**, Brasília, v.60, n.2, abr., p. 221-24, 2007.

SANT'ANNA, A. de S.; MORAES, L. F. R. de; KILIMNIK, Z. M. Competências individuais, modernidade organizacional e satisfação no trabalho: um estudo de diagnóstico comparativo. **RAE-eletrônica**, v.4, n.1, art.1, jan./jul. 2005.

SANTOS, I. dos; OLIVEIRA, S. R. M. de; CASTRO, C. B. Gerência do processo de trabalho em enfermagem: liderança da enfermeira em unidades hospitalares. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.3, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 out. 2010.

SENHORAS, E. M. A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. **Revista Eletrônica de Comunicação & Inovação em Saúde FioCruz**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.45-55, 2007.

SERVO, M. L. S.; OLIVEIRA, M. A. N. A pesquisa e o enfermeiro com qualidade formal e qualidade política: caminho para a consolidação da enfermagem como ciência. **Sitientibus**, Feira de Santana, n.33, p.11-21, jul./dez. 2005.

SILVA, A. M. M. da; BRANDALIZE, A. A moderna administração hospitalar. **Revista Terra e Cultura**, v.22, n.22, p.57-67, 2006.

SILVA, M. A.; ERDMANN, A. L.; CARDOSO, R. S. O sistema de enfermagem hospitalar: visualizando o cenário das políticas gerenciais. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.10, n.2, p. 448-459, 2008. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a16.htm>> . Acesso: 15 Ago 2010.

SILVA, J. L. L. da; MELO, E. C. P. de. Estresse e implicações para o trabalhador de enfermagem. **Informe-se em promoção da saúde**, v.2, n.2, p.16-18, 2006.

SILVA, G. M. da; SEIFFERT, O. M. L. B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Rev bras enferm**, Brasília, v.62, n.3, jun., p. 362-66, 2009.

SILVA, J. A.; SILVA, M. V. O administrador hospitalar nas organizações públicas de saúde frente às novas concepções de administração. **Saber científico**, Porto Velho, v.1, n.2, jul./dez. 2008. Disponível em: <www.saolucas.edu.br>. Acesso em: 15 jun. 2009.

SILVA, R. M. da; SILVA, I. C. M. da; RAVALIA, R. A. Ensino de Enfermagem: reflexões sobre o estágio curricular supervisionado. **REVISTA PRÁXIS**, v.1, n.1, p.37-41, jan. 2009. Disponível em: <<http://www.unifoa.edu.br/praxis/numeros/01/37.pdf>>. Acesso: 29 Set. 2009.

SIMÕES, A. L. de A.; FAVERO, N. O desafio da liderança para o enfermeiro. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.5, out., p. 567-73, 2003.

SOUSA, F. G. M. et al. Educação em Saúde, enfermeiros e criatividade: a interconexão necessária para o processo educativo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.6, n.2, 2007. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/>>. Acesso: 20 Set. 2010.

SOUSA, L. B. de; BARROSO, M. G. T. Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.13, n.1, p.181-187, jan./mar. 2009.

SOUZA, E. B. de. **Avaliação de curso de capacitação sob a ótica dos servidores em hospital de ensino**. Curitiba, 2009. Trabalho de Conclusão.

SOUZA, C. P. da S. et al. **Como os dirigentes desenvolvem competências gerenciais no contexto de uma organização hospitalar**. SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, 2008,

SOUZA, F. M.; SOARES, E. A visão administrativa do enfermeiro no macrosistema hospitalar: um estudo reflexivo. **Rev Bras enferm**, v.59, n.5, p.620-625, set./out. 2006.

SPECTOR, P. E. **Psicologia nas Organizações**. São Paulo; Saraiva, 2003.

SPINATO, P. **A importância do fluxo de informações organizacional**. 19 maio 2010. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/informe-se/artigos/a-importancia-do-fluxo-de-informacoes-organizacional/45057/>>. Acesso: 18 set. 2010.

STEPHAN-SOUZA, A. A construção de um modelo de gestão para o cas/hu/ufjf: as rotas de sua operacionalidade **Libertas**, Juiz de Fora, v.1, n.1, p.1-16, dez. 2006.

TEIXEIRA, E. et al. Trajetória e tendências dos Cursos de Enfermagem no Brasil. **Rev Bras Enferm**, v.59, n.4, p.479-487, jul./ago. 2006.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico - qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 2.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

URBANO, L. A. As reformulações na saúde e o novo perfil do profissional requerido. **Rev Esc Enferm UERJ**, v.10, n.2, p.142-145, 2002.

VIETTA, E. P. et al. Depoimentos de enfermeiras hospitalares da década de 60: subsídios para a compreensão da enfermagem atual. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.2, jul. 1996.

YAMAUCHI, N. I. Qualidade gerencial do enfermeiro. In: MALAGUTTI, W.; CAETANO, K. C. **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Rubio, 2009. p.41-59.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZARPELLON, L. D. **A prática pedagógica na formação do profissional enfermeiro para atuar em saúde pública**. Curitiba, 2006. Dissertação (Mestrado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987

Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Publicado no DOU de 09.06.87, seção I - fls. 8.853 a 8.855.

Lei no 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Publicado no D.O.U. de 26.6.1986 Seção I- fls. 9.273 a 9.275.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 –

Roteiro de Entrevista

A - Caracterização dos sujeitos da pesquisa:

- 1- Idade _____ anos
- 2- Sexo () fem. () masc.
- 3- Tempo de formação _____ anos
- 4- Tempo de trabalho na instituição _____ anos
- 5- Cargos ocupados até 2002 e depois de 2002:

- 6- Pós- graduação.
Quais? _____ Data _____
- 7- Cargo atual: _____

B- Questões

- 8- Como foi o processo de seleção para assumir este cargo?
- 9- Quantas pessoas e quais categorias profissionais estão subordinadas a você?
- 10- Quais atividades você desenvolve neste cargo? Fale do seu cotidiano de trabalho.
- 11- Como a sua atuação abre novas perspectivas profissionais ?
- 12- Há algo que gostaria de acrescentar?

APÊNDICE 2 –

Este quadro detalha as categorias, subcategorias e seus aspectos relevantes que emergiram a partir das unidades de registro retiradas das falas dos sujeitos.

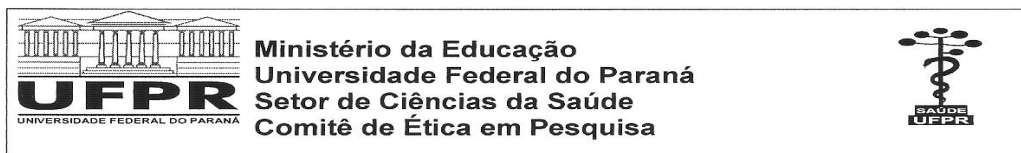
QUADRO 1: Categorias, subcategorias e seus aspectos relevantes

Categorias	Agrupamento de Cargos	Subcategorias	Tópicos relevantes
Atividades desenvolvidas pela enfermeira	• Enfermeiras de Comissão/ comitê	•Assessoria •Vigilância em saúde •Educação em serviço	•Diagnóstico da situação •Avaliação e planejamento das ações •Execução: educação em serviço, divulgação dos resultados
	• Cargos de Enfermagem	•Atividades administrativas •Atividades assistenciais •Educação em serviço •Orientação em saúde •Pesquisa	•Planejamento •Previsão e controle de recursos humanos •Previsão e controle de recursos materiais e de infraestrutura necessários à assistência •Resolução de conflitos •Cuidados gerais de enfermagem •Cuidados de Enfermagem exclusivos da enfermeira
	• Cargos administrativos ocupados por enfermeiras	•Atividades administrativas institucionais	•Planejamento e gerenciamento
Satisfação/insatisfação que emergem no desempenho do cargo	• Enfermeiras de Comissão/ comitê • Cargos de Enfermagem	•Pontos positivos	•Autonomia •Satisfação com o trabalho •Possibilidade de retroalimentação •Sem subordinados diretos •Necessidade de conhecimento técnico e oportunidade de aprendizado
	• Cargos administrativos ocupados por enfermeiras	•Pontos negativos	•Desgaste pessoal •Falta de apoio institucional •Maior pressão e impotência administrativa •Estrutura organizacional de serviço público
Contribuições para o exercício do cargo	• Enfermeiras de Comissão/ comitê	•Formação acadêmica	•Experiência da prática profissional •Cursos de pós-graduação
	• Cargos de Enfermagem • Cargos administrativos ocupados por enfermeiras	•Contribuição da instituição	•Curso de Gerentes
Competências para o desempenho no cargo	• Enfermeiras de Comissão/ comitê	•Conhecimento	•Na área de atuação •Técnico
	• Cargos de Enfermagem	•Habilidade	•Liderança •Relacionamento interpessoal
	• Cargos administrativos ocupados por enfermeiras	•Atitude	•Ética •Respeito/responsabilidade •Segurança e confiança para tomar as decisões

Perspectivas/ reconheciment o profissionais geradas pelo cargo	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiras de Comissão/ comitê • Cargos de Enfermagem • Cargos administrativos ocupados por enfermeiras 	-----	<ul style="list-style-type: none"> •Reconhecimento do conhecimento específico da enfermeira •Oportunidade de diversificar a atuação
			<ul style="list-style-type: none"> •Reconhecimento pelo desempenho individual da enfermeira •Oportunidade de diversificar a atuação
			<ul style="list-style-type: none"> •O reconhecimento vem da atuação em cargos distantes do cuidado

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Curitiba, 29 de outubro de 2009.

Ilmo (a) Sr. (a)
Maria Luíza Hexsel Segui
Nesta

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “**Novas possibilidades de atuação das enfermeiras em um hospital de ensino a partir da análise do cargo e funções**” está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 23 de setembro de 2009 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 28 de outubro de 2009.

Registro **CEP/SD**: 793.128.09.09 **CAAE**: 0060.0.091.000-09

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do relatório final ou parcial: 28/04/2010.

Atenciosamente



Profª. Drª. Liliانا Maria Labronici
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Profª. Dra. Liliانا Maria Labronici
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa - SD/UFPR

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ enfermeiro Hospital de Clínicas / UFPR, estou sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **"ENFERMEIRAS DE UM HOSPITAL DE ENSINO FRENTE AO NOVO MODELO GERENCIAL"**.

Os objetivos desta pesquisa são: analisar a atuação das enfermeiras em uma instituição hospitalar de ensino; identificar os cargos ocupados pelos enfermeiros na instituição da pesquisa; caracterizar os cargos ocupados pelas enfermeiras a partir das atividades realizadas nos diferentes cargos; identificar as competências requeridas para a atuação do enfermeiro em cada cargo; discutir as relações entre as atividades desempenhadas pelas Enfermeiras, sua função e cargos.

Fui informado que serei submetido a entrevista, com previsão de trinta minutos de duração e que a mesma será gravada. A entrevista será realizada em local privado, garantindo o sigilo e a privacidade do entrevistado.

Fui informado com antecedência sobre as questões da entrevista, que giram em torno das atividades que desenvolvo na função que atualmente ocupo na instituição.

Estou esclarecido (a) quanto à necessidade deste estudo, pois é através de pesquisas que ocorrem avanços na área de assistência à saúde, sendo de fundamental importância a minha contribuição. Este estudo não trará nenhum tipo de desconforto ou risco. Os benefícios esperados são: obter melhores conhecimentos sobre o tema no sentido de proporcionar ao enfermeiro condições para discutir e avaliar a sua visibilidade, levando-o a refletir sobre o seu crescimento, desenvolvimento das competências necessárias ao desempenho das suas funções e valorização profissional.

Sei que a participação neste estudo é voluntária, e que tenho liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento. Tenho conhecimento de que não terei gastos decorrente de minha participação nesta pesquisa, bem como, de que não haverá ônus e bônus para os sujeitos participantes.

Fui informado de que as pesquisadoras Maria Luiza Hexsel Segui e Prof^a. Dr^a. Aida Maris Peres, poderão ser contatados pelos e-mails: gugasegui@hotmail.com ou aidamaris.peres@gmail.com, ou pelo telefone (41)91273029, em qualquer horário, as mesmas poderão esclarecer dúvidas a respeito da pesquisa. Estando garantidas as informações que eu queira, antes, durante e depois do estudo.

Estou esclarecido (a) quanto ao compromisso do pesquisador de que minha imagem e identidade serão mantidas em absoluto sigilo, que estarão sendo respeitados os princípios contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e ainda, de que me será fornecida uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As informações do estudo poderão ser inspecionadas pelos pesquisadores e pelas autoridades legais. No entanto, em caso de divulgação em relatório ou publicação desta pesquisa, isto será codificado, e a confidencialidade mantida.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo deste estudo. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta me afete de qualquer forma. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, em ____/____/____

Assinatura _____

Curitiba, em ____/____/____

Maria Luiza Hexsel Segui: _____

Prof^a. Dr^a Aida Maris Peres
Orientadora

____/____/____